This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

MONTPELLIER MÉDICAL

Digitized by Google

Digitized by Google

MONTPELLIER MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE PARAISSANT TOUS LES DIMANCHES

CONTENANT

TOUTES LES PUBLICATIONS MÉDICALES ÉMANANT DE LA RÉGION DE MONTPELLIER

TOME XVI

JANVIER-JUIN 1903

ADMINISTRATION, 10, Rue d'Alger | RÉDACTION, 18, Boul. Jeu-de-Paume

Abonnements : FRANCE 10 fr. — ÉTRANGER 16 fr — ETUDIANTS 8 fr.

Le Numéro 0 fr. 30

MONTPELLIER
ELORD-BOEHM ET MARTIAL
Imprimeurs-Editeurs, 10, rue d'Alger

PARIS
ASSELIN ET HOUZEAU, LIBRAIRES
Rue de l'École-de-Médecine

Digitized by Google

Digitized by Google

N° 1 4 JANVIER 1903. TOME XVI

MONTPELLIER MÉDICAL

Journal Hebdomadaire paraissant tous les Dimanches

LE SÉRO-DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE

REVUE GÉNÉRALE ET NOUVELLE STATISTIQUE

Par le Dr **A. LAGRIFFOUL**

Chef des Travaux de Microbiologie à la Faculté de Médecine

Ancien Chef de Clinique médicale, Licencié ès Sciences naturelles

Le séro-diagnostic de la tuberculose n'est pas encore d'un usage très répandu. La raison de ce fait est que, tout d'abord, ce procédé d'investigation est de date relativement récente, mais aussi et surtout que sa technique, sans présenter de grandes difficultés, offre cependant quelques points assez délicats.

Bien que peu employé encore, ce séro-diagnostic paraît cependant pouvoir rendre de bons services aux praticiens, principalement en leur facilitant le diagnostic précoce de la tuberculose. Or, si l'on sait combien ce fléau semble prendre, de jour en jour, plus d'extension, combien, de toutes parts, on se préoccupe d'enrayer sa marche, on sait aussi que nos ressources thérapeutiques sont malheureusement bien souvent insuffisantes à lutter contre le mal et qu'une des conditions principales de leur efficacité est leur mise en œuvre le plus près possible du début de la maladie.

Digitized by Google

Un grand intérêt pratique s'attache donc à l'étude de tous les moyens qui nous permettront de faire un diagnostic précoce de la tuberculose et, en particulier, au séro-diagnostic.

I. — Historique.

C'est M. le professeur Arloing qui, le premier, annonça au Congrès de médecine de Montpellier 1898 et dans des notes successives à l'Académie des Sciences (9, 16 et 31 mai de la même année) que l'on pouvait, à l'aide d'une technique spéciale, obtenir des cultures liquides homogènes de bacilles de Koch, cultures qui présentaient la particularité de pouvoir être agglutinées par le sérum des sujets tuberculeux ou tuberculisés. Ce fait était doublement intéressant, d'une part, au point de vue de la biologie générale des microbes[1], d'autre part, au point de vue de l'utilité pratique qu'il pouvait présenter ; M. Paul Courmont se fit, dès le début, le collaborateur assidu de M. Arloing dans l'étude de cette question, et ces deux auteurs publièrent, soit isolément, soit en collaboration, toute une série de travaux sur le sujet. Il me suffira de citer leurs communications successives au Congrès de la tuberculose tenu à Paris en 1898, au Congrès de la tuberculose de Berlin, mai 1899, au Congrès international de médecine, Paris 1900, au Congrès de Londres, 1901, leurs notes à la Société de biologie (mai 1898, novembre et décembre 1900), leurs publications dans les divers journaux médicaux (*Presse médicale*, 11 juin 1898 ; *Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, janvier 1900,

[1] MM. Paul Courmont et Descos, de Lyon, viennent d'annoncer tout récemment à la Société de biologie (séance du 29 novembre 1902) qu'ils ont pu, en suivant la méthode de M. Arloing, obtenir des cultures liquides homogènes des bacilles analogues au bacille de Koch par leurs réactions tinctoriales (b. du lait, du beurre, etc.) et que l'on appelle pour cette raison bacilles acidophiles ou mieux acido-résistants.

Digitized by Google

Archives de médecine expérimentale, novembre 1900, *Gazette des Hôpitaux,* 1er décembre 1900).

Peu de temps après la communication de M. Arloing au Congrès de Montpellier, MM. Mongour et Buard s'occupèrent également du séro diagnostic de la tuberculose d'après le procédé des auteurs lyonnais, et firent paraître le résultat de leurs recherches dans des notes successives à la Société de biologie (octobre et décembre 1898, juin et juillet 1899).

Au congrès de la tuberculose de Paris 98, M. Dubard, de Dijon, faisait également une communication sur le même sujet.

En novembre 99, paraissait à Bordeaux, la thèse de Rothamel : « De l'agglutination du bacille de la tuberculose humaine, étudiée plus spécialement chez les tuberculeux cachectiques » ; en mars 1900, la thèse de Buard : « De la séro réaction tuberculeuse, étude spéciale chez l'enfant » ; et toujours à Bordeaux, en 1901, la thèse de Monmayou : « De la séro-réaction tuberculeuse extemporanée par le procédé du sang desséché. »

Je citerai encore deux thèses de Lyon parues en 1900, la thèse de Clément : « Contribution à l'étude du séro-diagnostic de la tuberculose ; son application aux cas de tuberculose chirurgicale », et la thèse de Feitu : « De l'agglutination du bacille de Koch par les épanchements tuberculeux. »

Entre autres travaux parus sur le même sujet, soit en France, soit à l'étranger, je mentionnerai ceux de Bendix, assistant du professeur von Leyden, de Berlin, (*Deutsch. med. Wochenschr,* 1900, n° 14) ; de Frœnkel (*Ctbt Bact.* t. 28, 15 octobre 1900); de Beck et Rabinowitsch (*Deutsch med. Woch.*, 21 juin 1900, 7 mars 1901) ; de Koch (*d. med.*, *Wochs*, 28 novembre 1901) ; de Carrière, de Lille (*Soc. de biologie*, 6 juillet 1901) ; de Romberg (*d. med. Wochs.*, t. 27) ; de Horcicka (*Centrbt. Bact.*, janvier 1901) ; de De Grazia (*Berl. Klin Wochs.*, 17 et 24 mars 1902) ; de Rümpl et

Digitized by Google

Guinard (*d. med. Wochs.*, 20 février 1902); de Donath (*Ctbt. Bact.*, t. 31, 8 janvier 1902); d'Ivanov (*Sem. médic.*, 1902); de Hawthorn (Soc. de biol., mai 1902, *Marseille médical*, 15 août, 1er septembre et 1er octobre 1902).

II. — **Technique.**

L'étude de la technique peut se diviser en deux parties :

A. — Moyens employés pour obtenir des cultures liquides homogènes de bacilles de Koch.

B. — Manière de procéder à la séro-réaction, lorsqu'on est en possession de ces cultures homogènes.

A. — Moyens d'obtenir des cultures liquides homogènes de bacilles de Koch

On connaît bien l'aspect des cultures ordinaires de bacilles de Koch en bouillon glycériné : la culture se fait sous forme d'un voile plus ou moins ridé, d'aspect grisâtre ; lorsque la culture est plus ancienne, les bacilles descendent au fond du vase, en suivant la paroi, mais la masse du bouillon n'est pas troublée. Or, il est évident qu'une telle culture ne se prête pas du tout à l'agglutination ; nous voyons en effet que les bacilles qui se prêtent le mieux au phénomène de l'agglutination, le bacille d'Eberth ou le B. coli par exemple, se cultivent en bouillon d'une façon homogène. Pour obtenir l'agglutination avec le bacille de Koch, la première condition était donc d'obtenir une culture homogène, en milieu liquide. M. Arloing est arrivé à ce résultat :

1° En obtenant sur pomme de terre glycérinée des colonies rapprochées, luxuriantes, à aspect gras et brillant, faciles à émulsionner.

2° En s'efforçant d'acclimater ces colonies dans des milieux liquides appropriés.

Digitized by Google

On prend des tubes de pomme de terre présentant vers leur partie inférieure un étranglement empêchant la pomme de terre de glisser jusqu'au fond du tube. Cette portion terminale du tube contient de l'eau glycérinée à 6 °/₀.

La stérilisation faite, on ensemence la pomme de terre, on la met à l'étuve à 38° — 39° en l'inclinant de telle sorte que la face ensemencée regarde en haut et que l'eau glycérinée vienne baigner l'extrémité inférieure de la tranche de pomme de terre.

Certaines des colonies qui poussent sur la pomme de terre se désagrègent assez facilement dans l'eau glycérinée qui remplit la partie inférieure des tubes à culture. On favorise cette désagrégation en immergeant doucement dans l'eau glycérinée la face ensemencée des tranches de pommes de terre par un simple mouvement de rotation des tubes, de façon à accoutumer les colonies au contact du liquide au fur et à mesure de leur croissance, et à entraîner les bacilles les plus superficiels et les plus faciles à séparer de leurs voisins.

Pour obtenir des cultures homogènes, il faut transporter les bacilles désagrégés par l'action de l'eau glycérinée dans un bouillon de bœuf peptoné à 1 ou 2 0/0 et glycériné à 6 0/0. Immédiatement ou après plusieurs tentatives, quelques-uns se mettent à végéter dans ce nouveau milieu, où on les maintient isolés les uns des autres en agitant les cultures plusieurs fois par jour. Le bouillon de ces cultures reste limpide pendant trois à quatre jours, ensuite une végétation légère apparaît sur le fond des récipients ; elle fait des progrès et finit par troubler le bouillon dans toute sa masse.

La principale condition pour conserver l'homogénéité dans les générations successives est l'agitation des ballons qui combat la tendance des bacilles à végéter en grumeaux ou en voile. Ajoutons, toutefois, que cette tendance diminue à mesure que les générations deviennent plus nombreuses, le

Digitized by Google

bacille semblant s'adapter de mieux en mieux au rôle qu'on veut lui faire jouer. Il est bon, néanmoins, malgré tout, d'agiter les ballons au moins une fois par jour.

M. Buard, de Bordeaux, est arrivé à obtenir des cultures liquides homogènes de bacilles de Koch, en partant de cultures sur carottes glycérinées.

B. — Technique de la séro-réaction [1]

Entretien des cultures liquides homogènes. — Une fois en possession d'une culture homogène, il faut s'occuper de l'entretenir. Pour cela, on ensemence assez abondamment des matras en verre de 50 cc. environ, à moitié remplis de bouillon ordinaire glycériné à 6 0/0; on met à l'étuve à 38°, en ayant soin d'agiter de temps en temps (une fois par jour peut suffire) pour éviter le développement en grumeaux ou en voile, s'il tendait à se produire.

Il n'est pas indifférent, loin de là, d'ensemencer avec une quantité quelconque. Il faut au contraire avoir grand soin, pour les ensemencements successifs, d'ensemencer des quantités sensiblement égales de cultures mères de même richesse et à peu près de même âge (de 15 à 30 jours environ); car la richesse des cultures-filles variera évidemment avec la quantité et la végétabilité des bacilles ensemencés.

Emploi des cultures. — Or, si l'on veut avoir des résultats comparables entre eux, on doit bien se garder d'employer des cultures d'âge et de richesse quelconques. En effet, et c'est là un point important à noter, à partir d'un certain degré de développement et à mesure qu'elles vieillissent à

[1] Nous donnons cette technique d'après les « *Indications pratiques pour le séro-diagnostic de la tuberculose* », que M. Paul Courmont a bien voulu envoyer à notre maître, M. le professeur Rodet, en même temps qu'un échantillon de son bacille homogène.

Digitized by Google

l'étuve, les cultures deviennent de moins en moins agglutinables pour un sérum donné. Il faut donc, pour avoir des résultats comparables, employer des cultures jeunes prises au même degré de développement, ou bien une dilution dans l'eau salée de cultures plus âgées et trop riches pour être employées directement.

Emploi du sérum étalon. — Du reste, qu'il s'agisse de cultures jeunes ou diluées, leur aptitude au séro-diagnostic se juge par un sérum dont le pouvoir agglutinant est connu et déterminé une fois pour toutes. On n'emploiera dans la pratique que des cultures qui, directement ou après dilution, donneront avec ce sérum l'agglutination cherchée en un temps déterminé.

Conservation de la matière agglutinable. — Pour conserver assez longtemps (plusieurs semaines) à un pouvoir agglutinant déterminé, une provision de culture jeune ou diluée, on emploiera l'action du froid ou des antiseptiques : addition de 3 à 4 $^{0}/_{00}$ de formol du commerce, ou mieux mise à la glacière. C'est là un point de détail qui est très utile pour la pratique courante du séro-diagnostic.

Obtention du sérum. — Pour obtenir le sérum, on recueille environ 1cc. 1/2 de sang, dans un petit tube de verre, à l'aide d'une piqûre faite à la lancette au bout du doigt. Le sérum sort par la rétraction du caillot; sinon, on le retire par centrifugation; il importe en effet d'avoir un sérum limpide, de façon à ce que les globules rouges ne viennent pas gêner l'appréciation du phénomène.

Manuel opératoire. — Pour faire la réaction, on emploie de petits tubes de 5 à 7 millimètres de diamètre environ; une fois le mélange accompli à leur intérieur, on les inclinera à 45° afin que les grumeaux se déposent plus facilement au

Digitized by Google

fur et à mesure de leur formation et sur une certaine longueur des tubes.

Pour chaque sérum, on fait trois mélanges de culture et de sérum dans trois petits tubes aux titres suivants : 1/5, 1/10, 1/20. La répartition faite, on agite fortement chaque tube pour bien mélanger le sérum avec la culture. On fait en même temps une agglutination limite avec le sérum-étalon et un tube témoin (culture sans sérum).

Appréciation de l'agglutination. — Le temps au bout duquel la séro-réaction est complète, en général bien plus long que dans le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde, varie d'ailleurs suivant les sérums et aussi suivant le plus ou moins de sensibilité de la culture employée.

Les modifications les plus importantes se passent pendant les premières heures.

Du reste, pour éviter toute cause d'erreur de ce côté, le sérum-étalon sera encore le meilleur guide, le résultat donné par les sérums sera noté au bout du temps nécessaire pour l'agglutination limite par le sérum-étalon à la dilution maxima.

On ne doit considérer comme *positives* à un taux donné que les agglutinations complètes à l'œil nu, caractérisées par la formation de flocons bien visibles et la clarification du liquide.

Les *réactions négatives* laissent le liquide trouble comme dans le tube témoin, sans flocon ni dépôt abondant.

Les *réactions incomplètes*, avec dépôt dans le fond, mais persistance d'un trouble plus ou moins accusé au-dessus du dépôt, ne peuvent servir que d'indication.

Une réaction agglutinante positive avec un sérum suspect aura évidemment d'autant plus de valeur en faveur de l'existence de la tuberculose, que le taux de l'agglutination sera plus élevé.

Digitized by Google

Examen microscopique. — On se contente généralement de l'examen macroscopique, qui donne des résultats très sensibles et très facilement appréciables. Si l'on voulait faire l'examen microscopique, on n'aurait qu'à déposer sur une lame une goutte du mélange de culture et de sérum prise dans le petit tube, et à recouvrir d'une lamelle. On verrait alors dans le champ du microscope les bacilles s'immobiliser et se réunir en amas. Il faut toujours avoir soin de faire une préparation du tube témoin pour se rendre un compte exact de l'état de la culture et se renseigner sur la présence de pseudo-agglutinats qui pourraient induire en erreur dans le cas de faible réaction.

M. Buard a signalé deux autres procédés : le procédé extemporané et le procédé avec le sang recueilli sur papier desséché.

Procédé extemporané. — On mélange sur une lame une goutte de culture et une goutte de sérum ; on borde à la paraffine et on suit de minute en minute le phénomène de l'agglutination. Evidemment, il faut au préalable connaître le temps minimum de l'agglutination de sa culture avec le sérum normal.

Procédé avec le sang desséché. — Le sang recueilli sur papier stérilisé et desséché conserve également son pouvoir agglutinatif vis-à-vis du bacille tuberculeux ; il agglutine également, mais plus faiblement que le sérum.

Voici quelle est la technique de M. Buard : une goutte de culture est mélangée à deux gouttes d'une dilution de sang desséché avec de l'eau stérilisée, dilution faite une goutte d'eau environ pour une goutte de sang desséché. Il est nécessaire de mélanger deux gouttes de dilution pour une goutte de culture. Comme pour le sérum sanguin, il faut évidemment que l'observateur connaisse le minimum

Digitized by Google

de temps d'agglutination de sa culture avec le sang d'un individu normal recueilli de la même façon.

M. Buard dit avoir obtenu de bons résultats de ces deux derniers procédés. Pour ma part, je m'en suis tenu au procédé macroscopique de MM. Arloing et Courmont, qui m'a paru largement suffisant et qui est, du reste, de beaucoup le plus employé par tous les auteurs qui se sont occupés du séro-diagnostic de la tuberculose.

(A suivre).

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

Séance du 5 décembre 1902

Présidence de M. Forgue.

Etaient présents : MM. Carrieu, Hédon, Estor, Vialleton, Rodet, Rauzier, de Rouville, Puech, Jeanbrau, Ardin-Delteil, Calmette, Soubeyran, Reynès, Grynfeltt, Lagriffoul, M. et Mme Gaussel, Delage, Moitessier, Rigaux, Pagès.

M. Forgue donne la parole à M. Schwartz.

M. Estor demande à donner quelques explications préalables sur les conditions dans lesquelles a été construit l'appareil que va présenter M. Schwartz. Ayant traité plusieurs enfants atteints de luxation congénitale de la hanche par la méthode de Pacci, il désirait se rendre compte du bénéfice obtenu. Plusieurs appareils furent imaginés : Celui de M. Schwartz parut le plus pratique ; il a du reste été considérablement perfectionné depuis six mois. Incidemment, M. Estor signale qu'il n'a jamais obtenu la réduction vraie des luxations congénitales, mais des transpositions.

M. Schwartz. — Communication d'un appareil enregistreur des claudications. (*La description de l'appareil ne pouvant être donnée aujourd'hui pour des raisons spéciales, la communication de M Schwartz sera publiée ultérieurement*).

M. Forgue déclare combien nous devons remercier M. Estor d'avoir proposé ce sujet d'étude de l'enregistrement des claudications et M. Schwartz d'avoir donné une heureuse solution.

Digitized by Google

Il y a quelques années, il a vu M. Delanglade essayer de résoudre le problème pour les luxations congénitales par la méthode chromophotographique de M. Marey. M. Delanglade faisait marcher dans l'obscurité les sujets porteurs de lampes électriques fixées au niveau des tempes, des épaules, des poignets, des trochanters, des malléoles, de telle sorte qu'on pouvait avoir la notion de la position des divers segments du corps pendant la marche. Mais les résultats n'étaient pas très précis et surtout le procédé était peu pratique.

L'appareil de M. Schwartz, si on lui fait encore subir quelques petites modifications, sera de la plus grande utilité pour noter les résultats acquis dans le traitement des luxations congénitales, car, de l'aveu même de Lorenz, on obtient des transpositions et non des réductions : il importe de se rendre compte de l'amélioration due à ces transpositions. Jusqu'ici on n'avait pour cela que trois moyens : 1° la mensuration de la longueur du membre, mais si les deux épines iliaques n'étaient pas exactement sur une même horizontale, il pouvait en résulter des erreurs notables ; 2° l'ascension du trochanter sur la ligne de Nélaton-Roser, mais difficulté de fixer les points de repère en palpant à travers une grande épaisseur de parties molles : d'où des erreurs ; 3° la radiographie, mais d'une part chez les enfants les rayons Rœntgen peuvent traverser le tissu cartilagineux de la tête fémorale et d'autre part si on veut comparer deux épreuves radiographiques prises pour un même enfant à 10 mois d'intervalle par exemple, la seconde épreuve peut ne pas être comparable à la première parce que, dans ce laps de temps, l'ossification de la tête fémorale peut s'être réalisée. La méthode graphique permettra d'éviter ces inconvénients et permettra d'avoir dans l'appréciation des interventions pour luxations congénitales une précision qui manque dans la communication de Lorenz au Congrès de Paris.

M. Hédon pense qu'il y aurait intérêt à enregistrer, en même temps que l'oscillation verticale du corps dans la claudication, son oscillation transversale. Il pense qu'en combinant les tracés de ces deux oscillations, on pourrait arriver au diagnostic étiologique de la claudication étudiée.

M. Schwartz. — Un même appareil ne peut pas enregistrer les deux oscillations.

M. Hédon. — Marey a pu enregistrer la marche.

M. Schwartz. — Les appareils de Marey sont d'une très grande

Digitized by Google

fragilité. Il fait remarquer que les enfants corrigent leur bolterie au début de la marche et qu'il faut les fatiguer pendant un instant pour avoir le tracé exact.

M. Forgue. — Le tracé est-il constant pour un même sujet ?

M. Schwartz. — Il est constant. Si le sujet est porteur d'un talon et qu'on le supprime, il y a augmentation d'amplitude de l'oscillation sur le tracé, et dans certains cas on a pu déterminer que pour une diminution de hauteur du talon d'un centimètre, il y avait une augmentation d'amplitude de l'oscillation d'un millimètre.

M. Lagriffoul fait une communication sur le séro-diagnostic de la tuberculose. (Ce travail paraîtra *in extenso* dans le *Montpellier médical*.)

M. Forgue remercie M. Lagriffoul de son intéressante communication, qu'il continuera au début de la prochaine séance.

BIBLIOGRAPHIE

Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. — IV. 1901-1902, par G. Dieulafoy, Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu, Masson et Cie, éditeurs.

Nous voici en face d'un nouveau volume du Professeur Dieulafoy, le quatrième de ses « Cliniques médicales » ; c'est dire que nous nous trouvons en face d'une nouvelle manifestation, non moins éclatante que les précédentes, de la méthode essentiellement philosophique et géniale, de l'éminent clinicien.

Nous avons eu, nous même, l'occasion de lui rendre hommage.

Dans ses *Cliniques Médicales*, comme dans son *Manuel de Pathologie interne*, M. Dieulafoy embrasse, d'un coup d'œil, le champ entier de l'art de guérir, et réussit à tenir un équilibre, aussi heureux que rare, d'observations et d'expérimentations, dans le domaine, spécial et circonscrit, de la médecine proprement dite, aussi bien que dans celui, plus élargi, où l'art médical confronte, par des limites indécises, à l'art chirurgical.

Digitized by Google

Le sous-titre suggestif « *Etude médico-chirurgicale* » ne figure pas moins de huit fois dans la table des matières du volume que nous présentons au public.

Rien, donc, dans les régions nosologiques successivement abordées, ne reste dans l'oubli. Les descriptions sont lumineuses et vivantes. C'est un grand plaisir pour l'esprit d'y voyager en des routes si bien frayées et si sûres ; il en revient enrichi d'une foule de notions, dont un grand nombre de conquête toute récente, que l'art d'exposition de l'auteur et son talent de généralisation, rendent aisément assimilables et fécondes.

Nous avouons n'avoir pu résister à l'entraînement que subirait d'ailleurs, à travers les pages du nouveau livre, le lecteur même le plus superficiel, et nous avons cédé au plaisir de retenir avec la plume, sans lui mesurer l'espace, quelques-uns des renseignements recueillis dans trois d'entre les dix-neuf leçons qui nous ont paru les plus propices à mettre en relief. les qualités maîtresses de l'auteur.

COMMENT SAVOIR SI UNE PLEURÉSIE SÉRO-FIBRINEUSE FRANCHEMENT AIGUE EST OU N'EST PAS TUBERCULEUSE ?— Le problème posé est le suivant : Vous êtes appelé auprès d'un malade qui, brusquement, en pleine santé, a été pris de pleurésie aiguë séro fibrineuse ; rien, chez lui, ni dans le passé, ni dans le présent, ne sent la tuberculose ; le début et la marche de la pleurésie, l'évolution de l'épanchement, les résultats de la thoracentèse (si elle a été pratiquée), la convalescence elle-même, tout rappelle les « phlegmasies franches ». Le doute est-il permis, et peut-on faire ici un autre diagnostic que celui de « Pleurésie primitive, a frigore » ? Vous hésitez cependant, parce que vous avez lu, dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1884, dans la *Revue de Médecine* de 1886, les travaux remarquables de Landouzy, qui vous ont appris que « toute pleurésie qui ne fait pas sa preuve » est une pleurésie tuberculeuse, le malade atteint de cette pleurésie fût-il robuste et vigoureux ; vous hésitez parce que vous savez que l'accusation formulée par Landouzy, Kelsch et Vaillard l'ont soutenue, d'autres, après eux, avec des arguments tirés de l'anatomie-pathologique : des soldats vigoureux font une pleurésie franche, ils succombent subitement ; on fait leur autopsie, et on trouve la plèvre semée de granulations tuberculeuses. Et vous vous méfiez des apparences, et vous vous demandez anxieusement quel sera l'avenir de votre malade, et si, quelques années plus tard,

Digitized by Google

vous ne serez pas appelé à constater chez lui, les signes non douteux d'une tuberculose pulmonaire, d'une méningite, d'une péritonite bacillaires; et volontiers vous étiqueteriez « tuberculeuse » la pleurésie de votre malade, si vous ne saviez aussi qu'en regard des faits précédents, il en est d'autres, relatifs à des malades, guéris parfaitement de leur pleurésie aiguë séro-fibrineuse, sans le moindre reliquat tuberculeux.

Vos hésitations sont donc légitimes. Comment sortir d'embarras? Vous ne le pouvez, si vous n'êtes pas au courant des tentatives nombreuses et d'inégale valeur faites, dans ces dernières années, pour résoudre la question suivante : *Existe-t-il, chez l'homme, une vraie pleurésie « a frigore », non tuberculeuse, et, si elle existe, par quels moyens peut-on la différencier de la tuberculose.*

C'est au laboratoire qu'on a demandé la solution du problème.

On a inoculé au Cobaye le liquide pleural (Chauffard et Gombault, Netter, Natlan-Larrier). Cette méthode est inconstante dans ses résultats; sa valeur est absolue, quand le résultat est positif; mais un résultat négatif ne prouve pas que la pleurésie n'est pas tuberculeuse (extrême dilution des bacilles dans le liquide pleural).

Les injections de la tuberculine (un dixième à un quart de milligramme dilué dans de l'eau stérilisée) exigent de grandes précautions, donnent des résultats inconstants, et, même maniées avec prudence, suivant les préceptes de M. Grasset, ne sont pas exemptes de danger.

La méthode des cultures, appliquée à la recherche du bacille tuberculeux dans les épanchements, n'a été rendue possible que grâce au milieu de culture extrêmement favorable au bacille de Koch, que nous ont fait connaître MM. Bezançon et Griffon; c'est le *sang gélosé-glycériné.*

Malheureusement, ce procédé, malgré sa grande valeur, ne peut être considéré que comme un excellent moyen de contrôle, d'application facile, et auquel il faut recourir; mais il n'est pas toujours fidèle, et il ne résout pas le problème d'une façon assez constante; ce qui tient probablement à ce que le liquide de certaines pleurésies tuberculeuses est très peu virulent, beaucoup moins virulent que d'autres épanchements tuberculeux, ceux des méninges, par exemple; les chances de succès seraient sans doute accrues si l'on ensemençait plusieurs tubes ou flacons d'Erlenmeyer avec du liquide pleural puisé à différentes hauteurs.

Le *séro-diagnostic*; on sait que, d'une façon générale, tout séro-

Digitized by Google

diagnostic suppose deux facteurs, qu'il s'agisse d'infection typhique, pneumonique ou tuberculeuse; il faut, d'une part, une culture homogène en milieu liquide, où les microbes vivent séparés les uns des autres ; il faut, d'autre part, du sérum du malade infecté, dont le mélange à la culture provoque l'agglutination des microbes. C'est Arloing qui, pour la tuberculose, résolut le problème, le jour où il trouva le moyen d'obtenir des cultures homogènes du bacille de Koch en milieu liquide ; à signaler, à ce sujet, les remarquables travaux de Courmont, de Mangour et Bérard, la thèse de Clément.

« Pour se placer dans les conditions les plus favorables de réussite, il faut se servir d'une culture de bacilles tuberculeux âgée de douze jours ; c'est la meilleure époque. Une faible quantité de culture est placée dans un tube de petite dimension et de petit calibre. On mélange à cette culture du sérum provenant de sang retiré par piqûre de lancette à la pulpe du doigt. Le mélange est fait de telle sorte qu'il représente une partie de sérum pour cinq parties de culture (mélange à 1/5), ou une partie de sérum pour dix parties de culture (mélange à 1/10), ou une partie de sérum pour vingt parties de culture (mélange à 1/20). On agite le tube, afin de favoriser le mélange, et on attend l'effet produit. Si le résultat est positif, on voit se produire après un temps variable, de une à cinq heures, le phénomène de l'agglutination. Les couches supérieures du mélange se clarifient, tandis qu'à la partie inférieure du tube s'accumulent des flocons qui donnent à cette couche un aspect trouble qui contraste avec la limpidité des couches supérieures »

M. Courmont a étudié de très près le séro-diagnostic des épanchements tuberculeux ; il a vu qu'on peut obtenir une séro-réaction positive en mélangeant à la culture du bacille de Koch, soit le sérum sanguin, soit le liquide pleural du pleurétique ; mélange à 1/20, 1/10, 1/5. Les résultats obtenus par Courmont prouvent que le séro-diagnostic appliqué à la pleurésie a frigore, soupçonnée tuberculeuse, bien que difficile à manier, et encore inconstant dans ses résultats, est un excellent moyen d'investigation, appelé à rendre de grands services.

La diazoréaction d'Ehrlich donne, au point de vue qui nous occupe, des résultats infidèles.

Le cyto-diagnostic ; ou diagnostic basé sur la qualité des éléments cellulaires qu'on trouve dans le liquide des pleurésies et dans les épanchements des séreuses en général : c'est, d'après Dieulafoy, parmi les procédés multiples destinés à déceler la nature tuber-

Digitized by Google

culeuse d'une pleurésie aiguë, celui qui fournit les renseignements les plus certains, parce que, simple, facile, expéditif et absolument inoffensif, il n'est pas sujet aux lacunes des autres procédés. C'est à Widal et Ravaut que nous devons la connaissance de cette méthode ingénieuse et féconde; elle est née de ce fait, du plus haut intérêt, à savoir que, à l'attaque des divers agents pathogènes, ce ne sont pas toujours les mêmes éléments cellulaires qui répondent par une réaction de lutte et de défense; il y a, suivant l'agent pathogène en cause, une sorte de sélection cellulaire. Aussi était-il naturel de penser que tel ou tel élément cellulaire, retrouvé dans le liquide pleural, devait servir de témoin, et refléter la nature de l'agent pathogène provocateur. De cette idée est né le cyto-diagnostic.

La formule cellulaire d'un épanchement pleural est constituée par la prépondérance, parfois exclusive, de tel ou tel élément cellulaire dans le liquide qui constitue cet épanchement. MM. Widal et Ravaut ont admis, à ce point de vue, trois variétés de pleurésies, à chacune desquelles répond un cyto-diagnostic différent : Les pleurésies mécaniques (des Cardiaques, des Brightiques, des Cancéreux.....), dont la formule cellulaire se caractérise essentiellement par la présence de grandes cellules endothéliales provenant de la desquamation de la séreuse; ici, ni lymphocytes ni polynucléaires (du moins à une première période); l'origine de ces pleurésies n'est pas infectieuse; il n'y a pas de lutte cellulaire. Les pleurésies infectieuses aiguës (streptocoque, pneumocoque, Eberth) caractérisées par les éléments polynucléaires et mononucléaires. La pleurésie franchement aiguë, dite « a frigore », dont la formule cellulaire est caractérisée par la présence presque exclusive de lymphocytes très confluents et mêlés à un nombre relativement considérable de globules rouges ; on trouve parfois, et de loin en loin, un élément uninucléé. Cette lymphocytose pleurale avec globules rouges permet de dire que la pleurésie est tuberculeuse.

Les observations sont aujourd'hui nombreuses de pleurésies cliniquement idiopathiques, et dont le cyto-diagnostic, contrôlé par les inoculations au Cobaye et l'examen histologique de la plèvre, a démontré la nature tuberculeuse. Il suit de là qu'à l'avenir, toute observation de pleurésie aiguë, dans laquelle fera défaut le cyto-diagnostic, sera une observation incomplète. Le diagnostic clinique, quelqu'évident qu'il puisse être, ne suffit plus.... Grâce au cyto-diagnostic, il sera permis désormais de dresser le bilan de l'ancienne

Digitized by Google

pleurésie « à frigore », et de considérer ces pleurésies comme tuberculeuses dans l'immense majorité des cas. Mais aussi le cyto-diagnostic nous montre (ce que nous savions déjà de par la bactériologie) qu'il y a de nombreuses pleurésies aiguës qui ne sont pas tuberculeuses, et qui répondent à la même formule cellulaire ; ce sont des pleurésies à cellules polynucléaires et mononucléaires. De telle sorte qu'il est permis de se demander, à l'heure actuelle, quelle place pourrait occuper en médecine humaine l'ancienne pleurésie essentielle « à frigore », celle qui ne reconnaîtrait d'autre agent provocateur que le froid. L'avenir nous dira s'il faut la rayer définitivement du cadre nosologique, ou lui réserver encore une place modeste.

Tuberculome hypertrophique du cæcum. Diagnostic des tumeurs de la fosse iliaque droite. — Plusieurs faits personnels, et d'autres, empruntés à Broca, Marion, Roux, Billroth..., permettent à l'auteur de retracer dans son ensemble l'histoire clinique et anatomique du « Tuberculome hypertrophique du cæcum ». Telle est, en effet, la dénomination proposée par M. Dieulafoy et qui lui paraît, à juste titre, bien préférable à celle de « Tuberculose iléo-cæcale chronique », qui a le tort de faire la part trop belle à l'iléon ; celui-ci est ici, le plus souvent, indemne de tuberculose, et si ses parois sont hypertrophiées, il s'agit là d'une hypertrophie simplement mécanique, compensatrice, provoquée par un rétrécissement de la valvule de Bauhin ou de la cavité cæcale. C'est par le cæcum que débute la tuberculose hypertrophique, dans le parage de la valvule de Bauhin ; c'est à ce niveau que les lésions sont le plus accentuées ; c'est là que les parois cæcales atteignent leur maximum d'épaisseur. Après une étude approfondie des lésions du cæcum, souvent étendues au côlon ascendant et au côlon transverse (car l'inoculation se fait dans le sens du cours des matières), des ganglions aussi, plus ou moins nombreux et volumineux, mais toujours indurés, tuberculeux, souvent caséeux, le professeur Dieulafoy s'attache à bien faire comprendre que « tuberculose de l'appendice et appendicite sont des mots qui représentent des idées bien différentes ». L'appendicite tuberculeuse est exceptionnellement rare ; les lésions tuberculeuses des parois de l'appendice sont assez fréquentes ; c'est que « l'appendicite n'éclate, avec son cortège de symptômes et de complications, que le jour où s'est formé un foyer clos, intracanaliculaire, à flore microbienne intestinale, véritable

Digitized by Google

bouillon de culture où s'exalte la virulence et où se fabriquent les toxines ; ce foyer toxi-infectieux ne se forme pas chez les malades atteints de tuberculome cæcal ou cæco-appendiculaire, et le pronostic déjà bien grave de cette affection se trouve, de la sorte, allégé de cette terrible complication ; ces malades ne succombent pas à l'appendicite.

Etat douloureux de l'abdomen et diarrhée à longue portée, douleur à la pression dominant à la fosse iliaque droite, troubles gastro-intestinaux, tels sont les signes habituels de la première phase du tuberculome cæcal, et cette phase est de longue durée ; pendant six mois, un an et plus encore, rien de précis n'apparaît ; le patient peut conserver son appétit et ne pas maigrir, mais « il a mal au côté droit du ventre ». Parfois cependant, survient un épisode intercurrent : la sténose de la valvule de Bauhin ou le rétrécissement de la cavité du cæcum déterminent des symptômes de constipation prolongée, pouvant aller jusqu'aux symptômes de l'occlusion intestinale.

A un moment donné, une tumeur se forme ; c'est un empâtement, une induration que l'on ne perçoit souvent bien que sous chloroforme ; cette tumeur présente tous les caractères d'une tumeur cæcale ou péricæcale ; et c'est à établir le diagnostic pathogénique de cette tumeur que le professeur Dieulafoy consacre plusieurs pages du plus haut intérêt pratique. Le problème n'est pas facile, et sa solution, dans bien des cas, ne saurait être trouvée en dehors de l'intervention chirurgicale, laquelle peut même se montrer insuffisante, puisque, à différentes reprises, même pièces en mains, il a été impossible de se prononcer sur la nature exacte de la tumeur cæcale, et que l'examen histologique seul a pu permettre de différencier le tuberculome du sarcome ou du cancer du cæcum.

Un individu présente tous les symptômes de la tuberculose hypertrophique du cæcum ; Marion l'opère : il s'agit d'un kyste hydatique de la fosse iliaque droite développé dans le muscle iliaque. Ce fait est une rareté.

En voici d'autres, beaucoup plus fréquents, et qui sont d'un grand enseignement : une jeune cubaine a les apparences d'une petite phtisique ; son père est mort tuberculeux ; M. Dieulafoy est appelé auprès d'elle, et apprend que la jeune malade souffre, depuis plusieurs mois, de troubles intestinaux ; elle se plaint de douleurs abdominales, principalement localisées à la fosse iliaque droite ; elle a présenté, à différentes reprises, des crises douloureuses

Digitized by Google

et intenses, avec vomissements, et on avait pensé à l'appendicite; Diarrhée fréquente; pas de melœna ; digestion difficile, alimentation insuffisante, amaigrissement considérable. M. Dieulafoy ne croit pas à l'appendicite ; il pense à la possibilité d'une tuberculose chronique du cæcum. M. Gérard Marchand opère : il s'agit d'une tumeur ganglionnaire précæcale, les ganglions sont caséeux. Extirpation. Guérison.

L'intervention réservait la même surprise chez deux autres malades de M. G. Marchant. Et voilà comment une adénite pré-cæcale peut simuler l'appendicite chronique et le tuberculome cæcal. On s'explique aisément d'ailleurs la similitude symptomatique de ces trois affections : même siège ; mêmes symptômes d'emprunt (réaction (de voisinage) du péritoine, de l'intestin), et l'on conçoit, que le plus souvent, le diagnostic ne puisse être précisé qu'à l'opération.

Les mêmes considérations sont applicables à la Tuberculose hypertrophique de l'Iléon, qui, lorsqu'elle occupe la fosse iliaque droite, n'est pas sans analogie avec le tuberculome hypertrophique du cæcum. (Observation de Tuffier).

Les lésions fibroïdes chroniques consécutives à l'appendicite peuvent former une tumeur à la fosse iliaque droite ; ce processus fibroïde extra-appendiculaire est lent dans son évolution, et ses symptômes rappellent beaucoup ceux du tuberculome hypertrophique du cæcum, voire du cancer de cet organe, et le diagnostic différentiel ne peut être,en dehors de l'intervention, posé d'une façon à peu près certaine que par les anamnestiques indiquant que le début de la maladie a été nettement caractérisé par une ou plusieurs crises d'appendicite.

Il existe des tumeurs iléo-cæcales qui ne sont ni tuberculeuses, ni cancéreuses, ni d'origine appendiculaire ; leur cause échappe; on dit ces tumeurs « purement inflammatoires » (Marchant et Demoulin) ; le microscope démontre un épaississement inflammatoire comblant la tunique sous-muqueuse (cas de Marchant), une hypertrophie considérable de la musculaire de l'intestin (cas de Schwartz). Pas de diagnostic possible sans intervention.

Un malade de M. Dieulafoy présente, depuis un an, des crises très douloureuses rappelant un peu l'appendicite à répétition. Mais ce diagnostic est rejeté pour plusieurs raisons; pneumatose gastro-intestinale intense, ni fièvre, ni vomissements, santé parfaite entre les crises aiguës : une tumeur se forme dans la région iléo-cæcale;

Digitized by Google

on dirait un cancer. Segond opère et enlève un appendice énorme entouré de membranes et d'adhérences sans la moindre suppuration, sans trace de péritonite. Widal fait l'examen histologique : il s'agit d'Actinomycose appendiculaire.

Enfin le cancer iléo-cæcal, dans les deux phases d'évolution successives (avant la tumeur, après la tumeur), ne peutêtre, le plus souvent, distingué du tuberculome cæcal. « Cependant l'évolution plus rapide de la maladie et la cachexie plus précoce sont en faveur du cancer ; par contre, un séro-diagnostic positif permettrait de conclure au tuberculome ».

La leçon se termine par un coup d'œil d'ensemble sur les tumeurs de la fosse iliaque, et le professeur Dieulafoy, synthétisant en quelque sorte les enseignements que lui fournissent les faits cliniques précédemment accumulés, s'applique à démontrer qu'il est possible, dans quelques cas, en dépit de toutes les difficultés, d'arriver à un diagnostic pré-opératoire satisfaisant.

Il faut pour cela, par un interrogatoire patient, par une recherche scrupuleuse des anamnestiques, par un examen approfondi, reconstituer, s'il est possible, la maladie, remonter à ses débuts, en rétablir les différentes phases d'évolution : un individu présente dans la fosse iliaque droite une induration, une tumeur, de nature indéterminée. Interrogé sur le début de son affection, il vous apprend qu'il est malade depuis six mois, un an et plus encore ; et la description qu'il fait des phénomènes alors constatés ne vous laisse aucun doute sur l'étiologie de ces phénomènes ; il a eu une crise d'appendicite ; depuis cette crise, il a toujours éprouvé dans la fosse iliaque droite une sensation de gêne et de tiraillements ; il est habituellement constipé ; parfois ont apparu des crises de douleurs intestinales généralisées qui ont pu faire croire à tort à une entéro-colite ; ou bien sont survenus des troubles dyspeptiques (dyspepsie appendiculaire de Longuet), ou bien encore ce sont des troubles cardiaques (cœur appendiculaire de Dieulafoy) qui ont pu faire dévier le diagnostic. Tout le mal vient de la lésion appendiculaire chronique, avec ses réflexes multiples et la tumeur de la fosse iliaque est constituée par les lésions fibroïdes chroniques, suite d'appendicite.

C'est à un cancer cæcal que nous penserons, chez cet autre individu qui porte, lui aussi, une tumeur dans la fosse iliaque droite, mais chez lequel nous ne trouvons pas, comme entrée en scène, un ensemble de symptômes qui permette de penser à une appendicite :

Digitized by Google

douleurs régulières et tardives dans leur apparition, alternatives de diarrhée et de constipation, selles parfois sanguinolentes, amaigrissement précoce, accroissement rapide de la tumeur, adénopathie inguinale, séro-diagnostic négatif.

Enfin, un troisième malade, porteur, lui aussi, d'une tumeur dans la fosse iliaque droite, raconte que, dès le début, la douleur et la diarrhée ont été les troubles dominants ; mais l'évolution de la maladie a été plus lente que dans le cas précédent, l'anorexie moins précoce, l'amaigrissement moins rapide ; la tumeur iliaque s'est développée plus lentement. Le diagnostic : « tuberculome hypertrophique du cæcum » n'est-il pas ici bien probable ? ne s'impose-t-il pas si le séro diagnostic a été, par surcroît, positif ?

Attendre, pour opérer, que l'appendicite soit refroidie », c'est exposer le malade à la mort. Le Rein appendiculaire : On a beaucoup causé de l'appendicite au récent Congrès de Bruxelles, mais sans s'élever au-dessus de la conception étroite et tout à fait insuffisante des accidents locaux de la péritonite. La question doit être envisagée aujourd'hui sous un tout autre aspect. Du jour où le professeur Dieulafoy a nettement établi, à la tribune de l'Académie, la notion de la toxicité de l'appendicite, la péritonite était déchue de la situation prépondérante qu'elle avait occupée jadis ; elle n'était plus l'unique point de mire de l'opérateur ; elle restait, il est vrai, une des complications les plus redoutables de l'appendicite, mais elle était singulièrement devancée par l'importance primordiale et prédominante du foyer appendiculaire, origine de l'infection et du poison. Il devint alors évident que le danger n'est pas seulement au péritoine ; il est partout ; l'économie entière pouvant être intoxiquée par le foyer appendiculaire (appendicémie de Dieulafoy), pendant que la péritonite, parfois circonscrite et momentanément inoffensive, peut n'occuper que le second plan.

C'est à mettre en évidence ce rôle de l'intoxication dans les accidents mortels de l'appendicite et à tirer de cette notion capitale une conclusion thérapeutique ferme, que le professeur Dieulafoy consacre la XIX^me^ leçon du volume.

Un garçon de 23 ans est pris brusquement, dans la nuit du jeudi au vendredi, des symptômes d'une appendicite aiguë; il n'est amené à l'Hôtel-Dieu que le dimanche, 3^e^ jour de la maladie. M. Dieulafoy le voit le lundi matin à 10 heures ; le pouls est à 88, et la température qui, la veille au soir, avoisinait 40°, est actuellement tombée à 37° ; c'est une « accalmie traîtresse », car son faciès ne dit rien qui

Digitized by Google

vaille, il donne mauvaise impression; la péritonite joue, chez ce malade, un faible rôle; l'intoxication domine, et l'examen des urines confirme ce diagnostic; on y trouve de l'albumine, des cylindres granuleux, des leucocytes et des pigments biliaires; les reins et le foie sont donc adultérés par les toxines appendiculaires Le pronostic porté est donc très grave, et l'opération, décidée séance tenante, est pratiquée par Fredet (4e jour) : Péritonite légère, un abcès rétro-cæcal, gangrène de l'appendice. Le mardi, le mercredi, le jeudi et le vendredi, le malade continue à mourir; les phénomènes d'intoxication persistent et s'aggravent, et la mort arrive, la nuit suivante, en plein vomito negro appendiculaire. L'examen histologique fait par Letulle, montre, *au niveau des reins*: une « néphrite suraiguë dégénérative toute récente, dont la cause, échappant à l'examen microscopique, paraît relever uniquement d'une substance toxique éliminée par l'appareil sécréteur du rein (rein appendiculaire); *au niveau du foie* : des lésions de dégénérescence granulo-graisseuse des cellules hépatiques centro-lobulaires, lésions d'intoxication suraiguë. Après ce fait, un autre, absolument analogue, de Routier : mêmes lésions que précédemment du côté des reins (rein appendiculaire) et du foie.

Ces faits portent avec eux un grand enseignement; ils prouvent avec quelle rapidité et quelle intensité les toxines appendiculaires (appendicémie de Dieulafoy) deviennent la cause d'accidents mortels; ils fournissent un nouvel argument à l'intervention chirurgicale précoce; ils montrent le danger de la temporisation, et ils contribuent à ruiner la doctrine d'après laquelle on ne devrait opérer l'appendicite que lorsqu'elle est « refroidie ».

Il est encore, à l'heure actuelle, des chirurgiens qui laissent « refroidir » l'appendicite, de parti-pris; d'autres sont partisans de « l'expectation armée »; d'autres enfin, opèrent à chaud et le plus tôt possible.

Les premiers basent leur conduite sur des statistiques qui ont pour elles les apparences et rien que des apparences de succès. Les opérations « à froid », disent-ils, donnent des résultats remarquables, tandis que les opérations « à chaud » comptent bon nombre d'insuccès. Ces statistiques sont en réalité mal faites mal interprétées, et induisent en erreur les médecins et le public. Et d'abord, quoi de surprenant à ce que l'opération « à froid » soit suivie de succès? Opérer un malade à froid, c'est opérer un malade guéri ou presque guéri; la bataille est finie quand le chirurgien inter-

Digitized by Google

vient; l'organisme est sorti victorieux de la lutte contre l'infection et l'intoxication; c'est à lui que reviennent les honneurs de la guérison et non à l'opération, laquelle a fait, sans doute, œuvre utile en sauvegardant l'avenir; mais ne donnons pas aux statistiques que comportent ces cas une importance qu'elles n'ont pas.

Ensuite, ces statistiques, qui ne tiennent compte que de l'acte opératoire, négligent les décès qui sont survenus, parce que, de parti-pris, on a différé l'opération. Or, le nombre de ces décès est considérable; une dizaine de malades sur quarante meurent, d'après Dieulafoy, dans l'attente du « refroidissement obligatoire »; 30 % succombent dans les mêmes conditions, d'après Chauvel; ils meurent infectés, intoxiqués!

D'autres chirurgiens pratiquent « l'expectation armée ». Que signifie cette formule? et sur quels indices, d'après quelles indications peut-on préciser le moment où l'opération va s'imposer? Méfiez vous des « accalmies traîtresses », qui souvent se produisent au moment où l'appendicite vient de lancer tout son venin! Les faits sont là qui prouvent que c'est parfois au moment où l'on contemple avec quiétude le « refroidissement » que survient une catastrophe!

D'autres, enfin, opèrent « à chaud ». C'est la saine pratique, mais ici encore, il faut s'entendre, et le professeur Dieulafoy a grand soin de dire : « L'opération « à chaud » doit être *pratiquée à temps*, c'est-à-dire rapidement, avant que le foyer appendiculaire ait eu le temps de disséminer de tous côtés, agents toxiques et infectieux. C'est malheureusement là une condition de succès qui ne se trouve pas constamment réalisée; l'intervention rapide est souvent impossible, et les causes du retard très souvent ne sont pas imputables au médecin ni au chirurgien; mais ce dont nous sommes responsables, nous, médecins et chirurgiens, c'est d'ajourner, de *parti-pris*, l'opération jusqu'à ce que l'appendicite soit « refroidie », car alors nous exposons le malade à la mort. Ici encore, les statistiques sur lesquelles on se base pour faire ressortir le danger des opérations faites « à chaud » sont mal faites, mal interprétées, et induisent en erreur, elles concernent en bloc les insuccès de ces opérations, sans prendre la peine de dire si l'opération a été faite, le 1er, le 2e, le 3e, le 4e, le 5e, le 6e ou le 7e jour. Or, *toute la question est là*, et la statistique personnelle de M. Dieulafoy est fort éloquente à ce point de vue; elle porte sur plus de 200 cas : Les appendicites aiguës, « chaudes », même graves, opérées dans les deux premiers

Digitized by Google

jours, ont *toutes guéri*. Néanmoins, pour certaines appendicites « hypertoxiques », l'opération, à la fin du second jour, est déjà une date presque éloignée. Les appendicites aiguës, graves, opérées seulement au 3e jour, ne guérissent pas constamment, et, quand elles guérissent, les malades restent encore, après l'opération, en grand danger pendant quelques jours ; la toxi-infection est déjà profonde.

Au quatrième jour et à plus forte raison les jours suivants, les succès sont très nombreux, mais les insuccès dépendent du degré de l'infection et de l'intoxication qui ont eu le temps d'agir avant l'opération. On a opéré trop tard. « Tout ceci prouve que nous devons tous, médecins et chirurgiens, nous évertuer à faire un bon diagnostic et une bonne séméiologie. Les malades ou les parents nous racontent parfois que le début du mal date de la veille ou de l'avant-veille, parce qu'ils font coïncider le début de la maladie avec la grande vivacité des douleurs.

Or, par un examen attentif et méthodique, nous arrivons à rectifier l'erreur, nous reconstituons le syndrome appendiculaire, nous arrivons à savoir que telle appendicite, qu'on nous présente comme étant au second jour, est, en réalité, au troisième ou au quatrième; que telle autre appendicite, que l'on nous présente comme au troisième jour, est, en réalité, au quatrième ou au cinquième. Ces détails ont une extrême importance; tout a de l'importance dans une maladie où il suffit de 24 heures et même de 12 heures, et bien moins encore, pour changer la face des événements ».

A tribus disce omnes.

DE ROUVILLE.

L'Éditeur-Gérant : P. DELORD-BOEHM.

Montpellier. — Imprimerie DELORD-BOEHM ET MARTIAL.

Digitized by Google

N° 2 11 JANVIER 1903. TOME XVI

MONTPELLIER MÉDICAL

Journal Hebdomadaire paraissant tous les Dimanches

APPLICATIONS MÉDICALES DE LA PONCTION LOMBAIRE

DES INDICATIONS DIAGNOSTIQUES

TIRÉES DE LA

COLORATION DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

(CHROMODIAGNOSTIC)

Par le docteur **P. ARDIN-DELTEIL,**
Chef de clinique médicale

Au cours de ces dernières années, à l'instar d'autres méthodes nouvelles venues et aussitôt implantées dans les mœurs médicales, la ponction lombaire a pris un essor pleinement justifié, par l'innocuité du procédé, autant que par la haute valeur des renseignements cliniques recueillis et par les bénéfices thérapeutiques retirés, dans nombre de cas, de son emploi.

L'innocuité du procédé (la question de la rachicocaïnisation étant tout à fait écartée) n'est plus à vanter. Les précisions apportées dans la technique, les précautions de rigoureuse asepsie présidant à la mise en œuvre du procédé, ont pu le mettre à la portée du plus grand nombre des praticiens et en faire une méthode d'exploration clinique d'application

Digitized by Google

courante et de danger nul ; les innombrables interventions des « médecins ponctionneurs » (comme les appelait à la Société de chirurgie le défenseur de la rachicocaïnisation), ne furent jamais marquées du moindre accident imputable à l'opération elle-même. Il n'est pas jusqu'à la soustraction du liquide céphalo-rachidien qui ne soit parfaitement tolérée par l'organisme ; et lorsque l'on vient à se remémorer des observations comme celles de Giss (de Thionville) et Demoulin [1], où l'on put recueillir en cinq semaines 30 litres de liquide céphalo-rachidien, écoulé par une plaie pénétrante du rachis, sans conséquence fâcheuse pour le malade, on comprend que la soustraction de quelques centimètres cubes de ce même liquide, soumise à une technique prudente et raisonnée, ne puisse être en rien préjudiciable à la santé des patients.

Aussi ne compte-t-on plus les acquisitions précieuses dues à la vulgarisation du procédé et à son application à l'étude des maladies du système nerveux. Tour à tour, l'examen cytoscopique, la cryoscopie, les recherches sur les colorations anormales du liquide céphalo-rachidien, sur le degré de perméabilité des méninges à diverses substances salines solubles (iodure de potassium, salicylate de soude), ont éclairé d'un jour nouveau le diagnostic des états pathologiques du névraxe et de ses dépendances. La cytoscopie, notamment, équivaut à une véritable biopsie ; elle nous fait surprendre les moindres réactions des séreuses au cours des inflammations méningées, de diagnostic parfois si malaisé, et dans une foule de lésions du système nerveux central (tabes, paralysie générale), voire même dans les affections du système nerveux périphérique, le zona, par exemple.

Les réactions cellulaires du liquide céphalo-rachidien permettent de tracer les limites précises du *méningisme* et de la

[1] Soc. de chirurgie, 9 avril 1902.

Digitized by Google

méningite, hier encore si vagues et sujettes à erreur. Sans nul doute, le méningisme perdra de jour en jour du terrain ; son champ ira se rétrécissant au profit de la méningite qui pourra espérer une réhabilitation partielle. Chargée jusqu'ici des plus noirs méfaits, poursuivie par les pronostics les plus sombres, la méningite démontrera chaque jour davantage sa curabilité en grossissant à juste titre son bilan des faits imputés jusqu'ici au méningisme spoliateur, maintenant dénoncé dans ses injustes accaparements.

Pareilles données apporteront d'importantes modifications aux chapitres consacrés à l'évolution et au pronostic des méningites ; mais il faut laisser aux matériaux le temps de s'accumuler avant que d'entreprendre des rédactions didactiques nouvelles.

Nous avons vu, dans un cas d'infection indéterminée, à diagnostic malaisé, la cytoscopie du liquide céphalo-rachidien déceler des réactions, cliniquement insoupçonnées, des enveloppes cérébro-médullaires, éclairer le diagnostic de granulée, jusqu'alors hésitant, et l'asseoir sur des bases irréfutables. Ce procédé d'investigation établit d'une façon probante le *diagnostic anatomique* de l'inflammation méningée ; joint à l'étude de la qualité des réactions cellulaires, de la perméabilité des séreuses, de la cryoscopie du liquide retiré par ponction, à l'étude bactériologique directe du culot obtenu après centrifugation, ou à celle des cultures et des inoculations, il permet aussi de s'élever facilement, dans la plupart des cas, jusqu'à un *diagnostic étiologique et pathogénique*.

L'étude des diverses colorations présentées dans certains états par le liquide céphalo-rachidien amène aussi, comme on le verra tout à l'heure, à des considérations diagnostiques d'intérêt véritablement pratique, soit en ce qui concerne les méningites, soit surtout en ce qui a trait aux hémorragies diverses du névraxe, ou spontanées, ou traumatiques et

Digitized by Google

consécutives à des solutions de continuité du squelette protecteur.

Cyto-diagnostic, cryoscopie, perméabilité, bactérioscopie, chromo-diagnostic, sont des méthodes filles, toutes dérivées de la méthode initiale, la ponction lombaire exploratrice.

A ces données par trop spéculatives en ce qui concerne la pratique médicale ordinaire, ne se borne pas l'intérêt lié à l'histoire de la ponction lombaire. Cette dernière peut être employée à titre curatif, et les succès obtenus parfois grâce à elle la placent au rang des procédés thérapeutiques les plus heureusement efficaces.

Comme moyen d'introduction de substances actives au contact direct des centres nerveux, nous la voyons doter la chirurgie d'un procédé nouveau d'anesthésie aussi actif que discuté. La rachicocaïnisation a su aussi séduire les médecins et leur donner des résultats inégaux dans le traitement de la névralgie sciatique ; des procédés dérivés, tel celui des injections épidurales, ont été créés pour parer aux inconvénients et aux dangers reconnus à la méthode précédente. La même voie a pu être utilisée dans le traitement du tétanos, pour mettre l'antitoxine directement en rapport avec les centres; également, certains médecins étrangers ont-ils obtenu de beaux résultats dans les cas de syphilis des centres nerveux rebelles à toute thérapeutique [1] par l'injection sous-arachnoïdienne, faite avec une extrême prudence, de sels solubles de mercure.

Mise en œuvre isolément, sans autres adjuvants que la soustraction de toxines ou la décompression produite par l'issue d'une plus ou moins grande quantité de liquide céphalo-rachidien, la ponction lombaire s'est montrée une

[1] La résistance de certaines syphilis des centres nerveux à tout traitement spécifique pourrait tenir à l'imperméabilité des méninges à l'iodure et au mercure. Launoy et Leroux. Soc. Biol. 27 décembre 1902.

Digitized by Google

méthode au moins aussi efficace que la ponction suivie d'injections médicamenteuses.

Dans la commotion cérébrale, le shok, dans les fractures du crâne (guérison de la céphalée souvent atroce, cessation du coma, l'évacuation par la ponction lombaire d'une certaine quantité de liquide, s'est montrée une méthode palliative excellente. De même, un soulagement appréciable, parfois complet, de certaines céphalées syphilitiques rebelles, des crises gastriques du tabes a pu être obtenu d'identique façon. Il y a peu de temps, Moty [1] indiquait l'heureuse influence qu'il en avait obtenue sur certains états de dépression et de stupeur lypémaniaques. Nous-même avons obtenu dans un cas, du jour au lendemain, la sédation complète chez un alcoolique entré à l'hôpital en proie à une crise violente de delirium tremens.

Les résultats obtenus dans le traitement des diverses méningites sont inconstants et discordants ; mais cela n'empêche que la ponction lombaire, dans quelques cas, s'est montrée d'une incontestable efficacité.

Ces quelques considérations montrent tous les bénéfices que la médecine, soit au point de vue du diagnostic, soit au point de vue du traitement d'affections diverses, a retirés dans ces derniers temps de la mise en pratique de la ponction lombaire, à laquelle on pourrait fort bien donner le nom de *rachicentèse*, par analogie avec des opérations analogues pratiquées sur d'autres cavités séreuses.

Nous avons jugé intéressant de réunir, dans une série d'articles consacrés à chacune des questions dont nous venons de faire l'énumération sommaire, l'ensemble des acquisitions dont ce procédé a doté la médecine, et de les grouper en une revue générale un peu vaste, embrassant successivement, et d'une façon complète, tous les côtés de la question.

[1] Acad. de méd., 7 octobre 1902.

Digitized by Google

Nous étudierons successivement :

1° Les indications diagnostiques fournies par les changements de coloration du liquide céphalo-rachidien (chromodiagnostic);

2° Les indications diagnostiques fournies par l'étude des réactions cellulaires du liquide céphalo-rachidien (cytodiagnostic). Nous envisagerons séparément le cyto-diagnostic des méningites, et un autre chapitre sera consacré aux réactions rençontrées en dehors des inflammations méningées proprement dites (zona, tabes, paralysie générale, syphilis, etc...).

3° La ponction lombaire comme moyen de traitement: *a*) des méningites; *b*) des accidents consécutifs aux fractures du crâne; *c*) de certaines céphalées, de certaines crises viscérales, de certains états psychopathiques; 4° de la névralgie sciatique.

Chromodiagnostic du liquide céphalo-rachidien. — Sous le nom de *Chromodiagnostic*, M. A. Sicard [1] a proposé de désigner « l'ensemble des caractères tirés de l'aspect de coloration du liquide céphalo-rachidien et étudiés en vue du diagnostic ».

Clair et limpide comme de l'eau de roche à l'état normal, ce liquide peut, à l'état pathologique, conserver ce même caractère organoleptique, ou présenter au contraire des aspects divers, et se montrer tantôt louche, tantôt franchement purulent; enfin, assez fréquemment, soit accidentellement, soit dans des conditions pathologiques nettement déterminées, il peut prendre des teintes très variables dans leur intensité, dans la gamme du rouge ou du jaune, depuis

[1] Sicard. Chromodiagnostic du liquide céphalo-rachidien dans les hémorragies du névraxe. Soc. de Biol. 1901, 30 novembre.

Sicard. Chromodiagnostic du liquide céphalo-rachidien. *Presse médicale*, 1902, n° 8, pag. 91, 92.

Digitized by Google

la teinte sanglante rouge-vif jusqu'aux teintes jaune ou jaune verdâtre, en passant par la couleur « chair » jaune rosâtre.

Ces diverses teintes ont été rencontrées dans des circonstances assez différentes : hémorragies cérébrales ou médullaires, fractures du crâne ou traumatismes rachidiens, hémorragies sus-méningées, contusion cérébrale, méningites cérébro-spinales, ictères chroniques. Mais, tandis que leur constatation s'est montrée de peu d'intérêt dans les méningites et l'ictère, elle a prêté à d'importantes et utiles discussions en ce qui concerne les hémorragies du névraxe, quelle que soit leur origine.

Deux cas sont à considérer :

1° Le liquide céphalo-rachidien présente une teinte rougeâtre : *érythrochromie.*

2° Le liquide céphalo-rachidien présente une teinte jaunâtre : *xanthochromie.*

Erythrochromie. — Elle a été signalée dans l'*hémorragie cérébrale* pour la première fois par Fürbringer[1], puis par Krönig[2], Bard[3], Talamon[4], Achard et Lœper[5]. Krönig[6] la retrouve dans l'*hémorragie méningée*, ainsi que Netter et Clerc[7].

Heidenreich[8] rappelle que, dans les *traumatismes rachidiens*, Kiliani et Jacoby ont retrouvé l'aspect sanglant du liquide, déjà nettement indiqué l'année précédente par Braun[9].

[1] Furbringer. — Berl. klin. Woch. 1895. 1er avril.
[2] Krönig. — XIVe Congrès allemand de médecine interne. 1896.
[3] Bard. — Soc. de Biol. 1901. 16 février.
[4] Talamon. — Soc. de Biol. 1901. 8 juin.
[5] Achard et Lœper. — Gaz. hebd. de méd. et de chir. 1901. 21 juillet.
[6] Krönig. — Soc. de méd. de Berlin. 1897.
[7] Netter et Clerc. — Soc. méd. des hôpitaux. 1900. 27 juillet.
[8] Heidenreich. — La ponction lombaire. *Sem. méd.* 1898 p. 345.
[9] Braun. — XXVIe Congrès des Sociétés Allemandes de Chirurgie. 1897.

Digitized by Google

Dans les *traumatismes crâniens*, Tuffier et Milian[1] retrouvent la même teinte (fractures du crâne), de même que Rochard (contusion cérébrale).

Dans tous ces cas, la coloration spéciale du liquide céphalo-rachidien est due au mélange plus ou moins intime à celui-ci d'une certaine quantité de sang. Or, la provenance de ce sang peut être étrangère à toute lésion du névraxe, traumatique ou non. Il importe donc de pouvoir en préciser l'origine, dans tous les cas où on rencontrera la coloration, et de pouvoir affirmer si, oui ou non, sa présence exprime l'existence d'une hémorragie pathologique du névraxe.

Une hémorragie, en effet, peut être créée de toutes pièces, par l'opérateur le plus exercé et le plus adroit, au moment de l'introduction de l'aiguille rachidienne ; le sang qui en résulte vient se mélanger au liquide céphalo-rachidien, et peut induire en erreur un observateur non prévenu et inattentif.

Le tout est donc de savoir si le sang préexistait dans la cavité arachnoïdienne au moment de la ponction, ou si le mélange du liquide et du sang ne s'est fait qu'à l'instant précis et à l'occasion de la pénétration de l'aiguille.

Si l'*aiguille, en traversant les tissus*, s'est chargée de sang en piquant une veine de la peau ou des muscles, le début seul de l'écoulement est teinté (procédé des trois tubes), Tuffier.

Le *sang peut provenir d'une veine rachidienne* sus-durémérienne ou pie-mérienne. Il peut s'écouler pur, ce qui tranche immédiatement la question. Dans le cas où il est mélangé au liquide céphalo-rachidien, la question devient plus complexe.

Pour Tuffier[2], la solution du problème est très simple :

[1] Tuffier et Milian. — Soc. de Biol. 1901. 25 mai.

[2] Tuffier et Milian : Technique de la ponction lombaire dans les hémorragies intra-rachidiennes. *Presse médicale*, 1902, 5 mars.

Voir également : Milliet, Valeur diagnostique de la ponction lombaire dans les hémorragies du névraxe. Thèse Paris, juin 1902.

Boutier : Sur la valeur de la ponction lombaire dans le diagnostic, le pronostic et le traitement des fractures de la base du crâne. Thèse Paris 1902.

Digitized by Google

on évitera d'abord cet inconvénient en n'employant pas d'aiguilles à biseau long pouvant être à cheval à la fois sur la veine et la cavité arachnoïdienne. Si l'accident se produit quand même :

Enfoncer l'aiguille davantage. Si le liquide céphalo-rachidien, primitivement sanguinolent, devient alors limpide, c'est que le sang venait d'une veine sus-dure-mérienne.

Retirer légérement l'aiguille. — La limpidité survenant après cette manœuvre indique que l'aiguille lésait une veine pie-mérienne. (Mais on peut faire cette objection que, la piqûre une fois faite, la veine continue à suinter et que le liquide peut continuer à être teinté de sang pendant toute la durée de la ponction.) D'ailleurs, la piqûre d'une veine pie-mérienne est exceptionnelle.

Veut-on une certitude plus complète, alors même que les simples procédés précédents n'auraient point donné de résultat :

Examiner l'état du sang dans les tubes : tout sang venant directement des vaisseaux au moment de la ponction coagule. Dans le liquide on trouve des *flocons fibrineux* ou même, si le sang est abondant, il se forme un véritable *caillot* qui se dépose au fond du tube. (Tuffier.)

Pour trancher la question d'une manière absolue, il nous semble logique de soumettre à la centrifugation le liquide hémorragique retiré par ponction.

S'il y a *hémorragie intra-arachnoïdienne,* le sang aura séjourné quelque temps au contact du liquide céphalo-rachidien ; il y aura eu *hémolyse*, et, après centrifugation, le liquide restera plus ou moins coloré [1].

[1] Alors même qu'il en serait ainsi, on ne peut pas affirmer que le sang provienne d'une hémorragie pathologique. En effet, lors d'une *première* ponction, on peut avoir lésé une veine, et une certaine quantité de sang peut avoir pénétré dans le liquide céphalo-rachidien et avoir été hémolysé ; à une *seconde* ponction, on peut donc obtenir, par centrifugation, un liquide coloré. Il faut donc s'assurer,

Digitized by Google

Si l'écoulement sanguin a été *provoqué par l'aiguille*, l hémolyse n'a pas eu le temps de se produire, et, après centrifugation immédiate, le liquide céphalo rachidien reste limpide et absolument incolore.

C'est là un signe auquel Sicard accorde, avec juste raison, une grande importance ; mais il ne faut pas en faire un signe exclusif et nier la valeur des procédés préconisés par Tuffier.

En dernier lieu, la *cytoscopie du culot* obtenu par centrifugation peut donner quelques renseignements. Si le *sang épanché est d'origine récente*, on trouvera de nombreux globules rouges, quelques globules blancs sans prédominance d'aucune variété, quelques réticulums de fibrine. Si le sang *a séjourné antérieurement* dans la cavité arachnoïdienne, on trouve une grande quantité de *lymphocytes*. Ce n'est pas qu'il y ait lymphocytose à proprement parler ; mais il y a eu résorption plus rapide des autres éléments, hématies et polynucléaires, tandis que les lymphocytes, dépourvus d'amiboïsme, restent à demeure et presque seuls, c'est-à-dire en proportion très forte, dans la séreuse où ils ont été versés. C'est un phénomène absolument identique à celui qui se passe dans l'hémothorax traumatique, dont l'étude cytologique a été faite par Tuffier [1].

Tels sont les résultats fournis par l'étude de l'érythrochromie du liquide céphalo-rachidien. On voit que l'on peut, dans la plupart des cas, dire si l'origine de la coloration hématique est accidentelle ou pathologique.

Joint à d'autres signes classiques et aux anamnestiques, c'est un signe précieux pour établir avec certitude l'existence de certaines lésions traumatiques (fractures du crâne, fractures de la base, fractures du rachis) comme aussi pour étayer le diagnostic d'hémorragie cérébrale, avec ou sans inondation ventriculaire, ou d'hématomyélie.

non seulement que le liquide est coloré, mais qu'il n'a pas été fait d'autre ponction les jours précédents.

[1] Tuffier et Milian. Revue de Chirurgie, 1901, mars.

Digitized by Google

Xanthochromie. — Nous devons cette expression à Tuffier et Milian. Elle exprime ce fait que, à la ponction, le liquide céphalo-rachidien vient coloré en un jaune plus ou moins intense.

Cette teinte a été rencontrée dans les hémorragies du névraxe, aussi bien que dans certaines méningites, et dans quelques cas d'ictère.

Dans les *hémorragies du névraxe*, nous retrouvons les noms de Rendu et Géraudel [1], de Tuffier et Milian [2], pour l'histoire des fractures du crâne ; de Sicard (*loc. cit*), pour l'histoire de l'hémorragie cérébrale et des hémorragies méningées.

Pour les *méningites* avec xanthochromie, Netter [3] signale le premier la teinte *ambrée* dans la méningite cérébro-spinale ; les observations de Bard [4], de Milian et Chiray [5] parlent dans un sens analogue, et montrent que, au cours des *méningites aiguës cérébro-spinales*, tuberculeuses ou bactériennes, le liquide céphalo-rachidien peut présenter la xanthochromie.

Enfin, dans les *ictères chroniques*, très intenses et très prolongés, dans un cas de subictère très prolongé, une teinte jaune verdâtre, parfois avec fluorescence, a été aussi rencontrée. Signalée d'abord par Gilbert et Castaigne, puis par Widal [6], la xanthochromie dans les ictères a été aussi étudiée par Widal, Sicard et Ravaut [7].

[1] Rendu et Géraudel ; Soc. méd. des hôpitaux, 1901, 5 juillet.

[2] Tuffier et Milian ; Soc. méd. des hôpit., 1901, 12 juillet.

Tuffier et Milian ; Soc. anatomique, 1902, 16 mai. *La xanthochromie du liquide céphalo-rachidien.*

[3] Netter ; *Diagnostic de la mening. cérébro-spinale. Sem. médic.* 1893, p 281.

[4] Bard ; Soc. de Biol., 1901, 6 juillet.

[5] Milian et Chiray ; Soc. anatomique, 6 juin, 1902. *Xanthochromie du liquide céphalo-rachidien au cours d'une méningite à pneumocoques.*

[6] Widal ; Soc. de Biol., 1901, 30 novembre.

[7] Widal, Sicard et Ravaut ; Soc. de Biol., 1902, 8 février.

Digitized by Google

Il faut rappeler en dernier lieu que, à côté de la xanthochromie en quelque sorte primitive dont il s'agit, et dans laquelle le liquide céphalo-rachidien présente d'emblée, dès la ponction, la coloration jaune caractéristique, il existe une xanthochromie que l'on pourrait appeler secondaire ; cette dernière a été étudiée avec l'érythrochromie ; c'est cette xanthochromie qui est masquée tout d'abord par la présence de trop nombreux globules rouges en suspension dans le liquide céphalo-rachidien, donnant à celui-ci une teinte plus ou moins sanguinolente, et qui n'apparaît qu'après centrifugation, par précipitation des globules rouges.

A quoi est due cette teinte jaune ainsi commune aux hémorragies, aux méningites cérébro-spinales, aux ictères chroniques ? Ce n'est pas la même matière colorante que l'on rencontre dans tous les cas.

Dans les hémorragies, les teintes rouge-jaunâtre peuvent être d'origine hémolytique ; mais le fait est plutôt rare. Généralement, on rencontre une coloration *jaune gomme gutte,* qui est due au pigment normal du sérum sanguin, la *lutéine.* Ce pigment possède la propriété de se décolorer rapidement à la lumière. Sa teinte et sa quantité varient suivant les individus, et Gilbert reconnaît l'existence d'hyperséro chromiques et d'hyposérochromiques. Chez ces derniers, il a beau y avoir hémorragie et mise au contact du sang et du liquide céphalo-rachidien, la teinte jaune gomme gutte n'apparaît pas, par insuffisance de lutéine. C'est ce qui explique que *la xanthochromie puisse faire défaut dans certaines hémorragies* des parties les plus élevées du névraxe. Dans ce cas, le chromo-diagnostic par la xanthochromie est en défaut.

Dans les méningites cérébro-spinales aiguës, l'origine du pigment est la même ; la coloration est due « soit à de minuscules hémorragies méningées qui se répètent, soit à de petits raptus vasculaires pie-mériens disséminés, soit peut-

Digitized by Google

être à certains troubles de la perméabilité méningée. » (Sicard).

Dans les ictères chroniques, la teinte spéciale tient, non pas à la présence de pigments biliaires dans le liquide céphalo-rachidien, comme on aurait été en droit de s'y attendre, mais soit à un pigment, dérivé de la bile, très diffusible et appréciable seulement par la rétine, puisque les réactifs chimiques ne peuvent servir à le caractériser, soit à un pigment du sérum sanguin, chassé des vaisseaux vers le liquide céphalo-rachidien sous l'influence des pigments biliaires en excès dans le sang. Si l'on n'a pas soin de mettre à l'abri de la lumière les liquides ainsi teintés, on constate que la coloration disparaît très rapidement. (Widal, Sicard et Ravaut. *Loc. cit.*).

En présence d'un liquide xanthochromique, il importe donc de pouvoir établir l'origine de la coloration. Les signes cliniques concomitants, qu'il s'agisse d'hémorragie ou de traumatisme, de méningite ou d'ictère, seront déjà bien suffisants. Cependant l'examen même du liquide peut à lui seul fournir les éléments nécessaires et suffisants pour trancher la question (cytoscopie, perméabilité méningée).

Dans la xanthochromie *par hémorragie intra-arachnoïdienne* (hémorragie cérébrale, hématomyélie, hémorragies méningées, fractures du crâne ou du rachis), la centrifugation donne un culot généralement nul; quand il existe, la cytoscopie montre que les lymphocytes dominent. Il ne s'agit pas ici de lymphocytose comme nous l'avons fait remarquer à propos de l'érythrochromie. (Se reporter à ce paragraphe, page 64.)

La *xanthochromie des méningites cérébro-spinales* s'accompagne de toutes les modifications connues du liquide céphalo-rachidien : polynucléose ou lymphocytose révélée par la cytoscopie, perméabilité méningée à l'iodure de potassium.

La *xanthochromie des ictères* possède en propre l'absence

Digitized by Google

complète de réaction cellulaire dans le liquide céphalo-rachidien et l'imperméabilité des méninges à l'iodure de potassium et au salicylate de soude.

Ainsi, en présence d'un liquide céphalo-rachidien xanthochromique, par l'élimination facile et rapide de la xanthochromie d'origine ictérique ou méningée, on limite immédiatement le problème à la probabilité de l'existence d'une hémorragie intra-arachnoïdienne.

Comme on a pu le voir par l'exposé succinct qui précède, soit l'érythrochromie, soit la xanthochromie du liquide céphalo-rachidien, sont susceptibles de fournir des renseignements dont l'interprétation est généralement aisée et d'une utilité parfois considérable pour le diagnostic de certains états.

En présence d'un ictus, d'un état comateux, chez des brightiques, chez des syphilitiques, on pourra souvent se demander s'il s'agit de simple crise urémique, de poussée de syphilis cérébrale, ou au contraire de raptus sanguins, ce qui modifie entièrement le pronostic. De même le diagnostic, quelquefois malaisé entre l hémorragie et le ramollissement cérébral, pourra être éclairé de façon satisfaisante, grâce au chromodiagnostic. En relation avec ce que nous venons de dire, nous avons eu l'occasion, dans le service de notre maître, M. le professeur Carrieu, d'observer un polysclé-reux, avec insuffisance rénale qui, à diverses reprises, avait eu des crises urémiques épileptiformes ou apoplectiformes; une dernière crise survint, plus violente que les autres, et attribuée à la même cause que les précédentes. Or, la ponction lombaire ramena un liquide fortement sanguinolent et montra la manière dont le diagnostic et le pronostic devaient être modifiés; et la suite des événements ne manqua pas de donner raison au chromodiagnostic.

Maintenant, il ne faut pas voir dans cette méthode un

Digitized by Google

procédé exclusif et infaillible. Sa valeur positive est grande quand il existe une coloration du liquide céphalo-rachidien, et nous croyons avoir suffisamment insisté sur les causes d'erreur à éviter et sur les pièges les plus fréquents.

Mais, de l'absence de ce signe, il ne faut pas conclure à l'absence de réaction pathologique en quelque point du névraxe.— Les hémorragies méningées sus-dure-mériennes, les hémorragies cérébrales à foyer un peu éloigné des cavités ventriculaires, des fractures du crâne, des méningites cérébrales ou cérébro-spinales, peuvent ne s'accompagner d'aucune réaction colorée du liquide céphalo-rachidien, sans que pour cela la valeur du chromo-diagnostic puisse être en rien diminuée.

C'est un signe inconstant, de valeur précise quand il existe, et il ne faut pas vouloir demander à ce procédé plus qu'il ne peut donner, à savoir, par exemple, de permettre la détermination du siège sus ou sous-méningé d'une hémorragie.

Quant à accorder une confiance plus grande à l'érythrochromie ou à la xanthochromie, on ne saurait se prononcer à cet égard, l'une ou l'autre pouvant également faire défaut dans des circonstances que nous avons eu le soin de préciser.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

Séance du 12 décembre 1902

Présidence de M. Forgue.

Etaient présents : MM. Carrieu, Grasset, Vialleton, Rauzier, de Rouville, Puech, Vedel, Jeanbrau, Guérin, Ardin-Delteil, Abadie, Soubeyran, Reynès, Grynfeltt, Moitessier, Gaussel, Mme Gaussel, MM. Rigaux, Rimbaud, Pagès.

Digitized by Google

Les organes chromaffines

Par M. le Dr Grynfeltt

L'attention des physiologistes et celle des pathologistes a été attirée, ces derniers temps, sur une substance particulière que l'on peut extraire de la substance médullaire des capsules surrénales, et qui a reçu le nom d'*adrénaline*.

Cette substance n'appartient pas exclusivement aux capsules surrénales. Elle est répandue dans une série d'organes différents, rangés dans des chapitres très divers de l'anatomie descriptive, mais qui paraissent tous avoir une propriété fondamentale commune, celle d'être formés par des cellules spéciales, ayant une affinité très marquée pour les sels de chrome qui les colorent énergiquement en brun. Ces cellules ont reçu, à cause de cela, de A. Kohn, le nom de *cellules chromaffines*.

Les *organes chromaffines*, ainsi dénommés par Kohn, comprennent des corps assez étroitement unis au système grand sympathique : tels sont la *glande carotidienne*, les petits *corpuscules annexés au sympathique abdominal* (H. Stilling, Kose, Kohn, Zuckerkandl), et enfin la *substance médullaire des capsules surrénales* chez les mammifères ; chez les sélaciens, ils sont représentés par les *corps suprarénaux*, et chez les *amphibiens*, ils se trouvent à la fois le long du sympathique, où ils forment les « *nids cellulaires* » de Sigmund Mayer et dans la capsule surrénale.

Depuis plus de deux années, j'ai étudié les *organes suprarénaux* des sélaciens, et j'ai donné à l'Académie des Sciences, à la Société de Biologie, les résumés de mon travail, entièrement achevé à l'heure qu'il est et sous presse. Je me suis, en outre, adonné à l'étude de la cellule chromaffine envisagée, chez les vertébrés, dans les divers organes où elle peut se rencontrer, et je voudrais présenter à la Société un résumé de mes recherches. J'exposerai aujourd'hui la structure de la cellule chromaffine chez les sélaciens, en me limitant, bien entendu, aux choses qui ont un intérêt biologique général et en laissant de côté les résultats purement zoologiques, quelque intéressants qu'ils puissent être. Cette étude est d'autant plus justifiée qu'il n'y a pas jusqu'ici, autant que je sache, de description cytologique complète de la cellule chromaffine, et qu'elle permet de prendre une idée de la manière dont la substance qui

Digitized by Google

caractérise ces cellules (substance chromaffine) est constituée, quelles sont ses réactions, et comment elle se comporte dans le corps cellulaire.

Les organes suprarénaux sont de petits corps ovoïdes, disposés métamériquement dans la cavité abdominale, en rapports plus ou moins intimes avec les ganglions du sympathique. Chacun d'eux est irrigué par une artère propre, qui leur fournit un lacis capillaire extrêmement riche, formé de conduits très flexueux et fortement pelotonnés sur eux-mêmes.

Les cellules placées entre tous ces vaisseaux sanguins ont une forme assez irrégulière, très mal décrite jusqu'ici, parce qu'elles sont très vulnérables et exigent les fixateurs les plus énergiques pour être bien conservées. Elles ont une forme irrégulière, tantôt polygonales, comme des cellules épithéliales ordinaires, tantôt étoilées au point qu'on les a comparées à des éléments nerveux, tantôt affaissées sur elles-mêmes et comme chiffonnées. Malgré cette diversité de formes, on n'a pas de peine, lorsqu'on les étudie dans des organes bien fixés et lorsqu'on a appris à tenir compte des variations de structure qui sont liées à leur fonctionnement, on n'a pas de peine, dis-je, à les ramener au type épithélial.

Ces cellules se présentent à l'état de charge ou à l'état de vacuité. A l'état de charge, leur protoplasma est bourré d'une infinité de grains de petite taille, les *grains chromaffines*, qui se colorent fortement par certains réactifs (sels de chrome, safranine, violet de gentiane, hématoxyline au fer), et qui donnent par conséquent au corps cellulaire une teinte très nette. A l'état de vacuité, elles sont au contraire claires, transparentes, affaissées sur elles-mêmes, et leur protoplasma est réduit à une trame réticulée à mailles larges et d'aspect filamenteux. Entre ces deux états extrêmes, se trouvent tous les intermédiaires. On voit d'abord les grains pâlir, prendre les réactifs colorants avec moins d'énergie, puis disparaître tout à fait.

Ces grains ont-ils une existence réelle indépendante des réactifs, et peuvent-ils être légitimement considérés comme la substance spécifique des cellules chromaffines? Cela paraît indubitable. En effet, ils existent parfaitement dans la cellule vivante, examinée après dissociation dans la sérosité péritonéale, à l'aide de bons objectifs à immersion. On les voit sous la forme de petites granulations réfringentes, moins brillantes que la graisse cependant, et

Digitized by Google

qu'il est facile de mettre en liberté dans le liquide additionnel en écrasant légèrement la préparation. Les granulations mises ainsi en liberté offrent toutes les réactions des grains chromaffines et nous montrent que la substance spécifique de ces éléments cellulaires existe sous une forme voisine de celle de beaucoup d'autres produits de sécrétion, par exemple des grains de zymogène.

Pour les détails sur la variation de ces grains, sur leurs réactions et sur les modifications nucléaires que l'on peut observer dans le corps cellulaire à ses différents états, je renvoie à mon mémoire *in extenso*.

Dans une prochaine communication j'exposerai les modifications que présente la cellule chromaffine dans les autres organes où l'on peut la rencontrer, et en particulier dans la capsule surrénale des amphibiens et des mammifères.

M Forgue remercie M. Grynfeltt de la clarté avec laquelle il a exposé le résultat de deux années d'intéressantes recherches.

M. Vialleton. — Il s'agit là d'organes qui paraissent avoir une grande importance chez les vertébrés ; ils sont en connexion avec le sympathique et l'on sait la part que prend le sympathique dans la constitution de la substance médullaire de la capsule surrénale. M. Grynfeltt aurait dû insister davantage sur l'importance des grains chromaffines : Fischer pensait qu'ils pouvaient n'être que des productions artificielles dues à la préparation, mais M Grynfeltt, en observant ces grains sur des cellules fraîches, a établi la réalité de leur existence. D'autre part, les cellules elles-mêmes n'ont été que récemment distinguées des cellules nerveuses.

Deux observations de « fractures dites de Boyer »

Par M. P. Soubeyran

Observation première. — *Fracture sus-condylienne du fémur ; déplacement du fragment inférieur en arrière ; embrochement du muscle quadriceps ; suture osseuse ; guérison.* — R.., Marie, âgée de 30 ans, ayant subi, il y a 5 ans, l'hystérectomie abdominale totale pour suppurations annexielles (M. Tédenat), fait le 30 mars 1902, une chute dans un escalier et tombe sur le genou droit ; elle ne peut se relever et marcher et est portée aussitôt à l'hôpital.

Digitized by Google

La malade ressent de très vives douleurs et le genou se tuméfie immédiatement.

Le genou droit, globuleux, très gros, porte à sa partie interne et postérieure des ecchymoses très étendues et quelques phlyctènes. Il existe une dépression en forme de gouttière transversale, à 2 centim. au-dessus de la rotule, les mouvements réveillent une vive douleur, la tuméfaction péri-articulaire et l'hémarthrose rendent difficile l'exploration. On pratique l'enveloppement ouate caoutchouté de la région, on met une attelle de Bœckel et l'on élève légèrement le membre.

Cinq jours après, le gonflement a fort diminué et l'examen donna les renseignements suivants : la rotule est intacte ; au-dessus du condyle il existe une dépression au niveau de laquelle on sent l'arête aiguë du fragment supérieur qui a embroché le muscle et la face profonde de la peau, déterminant ainsi la gouttière que nous avons signalée ; dans le creux poplité on sent le fragment inférieur qui a basculé en arrière. Il s'agissait donc bien d'une fracture sus-condylienne.

La radiographie, faite par MM. Imbert et Gagnières, confirme d'ailleurs les résultats de l'examen clinique : le trait de fracture est oblique en bas et en avant ; le fragment supérieur est taillé en biseau aux dépens de sa face postérieure, le fragment inférieur, taillé inversement, a basculé dans le creux poplité.

La perforation imminente des téguments, l'interposition musculaire, le voisinage, dangereux pour le contenu du creux poplité, du fragment inférieur, décident M. Tédenat à intervenir. Une incision met à nu les fragments osseux, l'articulation ouverte laisse échapper du sang en quantité considérable ; le fragment supérieur, très aigu, est réséqué sur 2 centim.; une esquille assez grosse est enlevée ; les fragments mis en contact sont réunis par deux gros fils d'argent ; le tendon du quadriceps est suturé par surjet de catgut ; sutures, pansement, gouttière plâtrée postérieure ; notons qu'il existait en outre sur la face antérieure du condyle droit une fente verticale où le cartilage était absent.

Les suites opératoires de la malade sont simples et ne renferment aucun incident digne d'être signalé. La malade est sortie en octobre complètement cicatrisée, ayant subi de nombreuses séances de massage et avec une articulation encore enraidie ; la flexion est limitée, cependant les progrès sont tels que la marche est déjà possible et paraît devoir être facile sous peu.

Digitized by Google

Observation II. — *Fracture sus-condylienne du fémur.* — S... Fulcrand, âgé de 46 ans, est attaqué, la nuit, par deux individus et reçoit un coup de pied à la partie inférieure de la cuisse droite Il est apporté le lendemain (14 mars 1902) dans le service de M. le professeur Tédenat, et l'on constate les lésions suivantes : l'articulation paraît intacte, ainsi que la rotule ; au-dessus des condyles il existe un foyer de fracture ; l'extrémité inférieure du fragment supérieur est nettement perçue ; en arrière, on sent que le fragment inférieur a basculé dans le creux poplité ainsi que le montre la radiographie du membre.

Une compression ouatée très douce est faite au niveau du creux poplité et une gouttière métallique est mise sous le membre ; de plus on fait l'extension continue.

Ce traitement est très bien supporté, l'appareil est enlevé trente jours après, le cal est déjà très net ; on commence à mobiliser le genou et à masser le membre ; le 8 mai, le malade sort, marchant fort bien et jouissant de tous ses mouvements.

Ces deux observations sont chacune un exemple du double mécanisme de fractures sus-condyliennes ; dans la seconde, il y eut un traumatisme portant sur l'extrémité inférieure du fémur, la cause fut *directe* ; pour la première, il y eut chute sur le genou, la cause fut *indirecte* ; ce dernier mécanisme est expliqué par les auteurs d'une façon fort obscure ; les uns parlent d'*arrachement*, les autres d'*écrasement*, la pression étant transmise par la rotule, il nous paraît plus simple de faire intervenir le mécanisme de la *flexion* ! les condyles reçoivent le poids du corps, transmis par la diaphyse fémorale et la fracture se fait au niveau de l'union de ces parties.

Un fait qui ressort nettement de nos observations, c'est que le fragment inférieur avait une direction antéro-postérieure et faisait saillie dans le poplité : c'est bien ce que Boyer avait vu : « La saillie que les condyles forment en arrière, donne un grand avantage aux muscles de la jambe qui s'y insèrent, de sorte que par l'action des jumeaux, du plantaire grêle et du poplité, les condyles sont inclinés en avant et le bord supérieur du fragment inférieur est renversé en arrière vers le creux du genou ». Ce déplacement, nié par Malgaigne, Gosselin, Follin, existait 10 fois dans 19 observations rassemblées par Anglevin (Thèse de Paris 1893).

Ces fractures sont souvent irréductibles et l'on cite comme cause de l'irréductibilité : l'embrochement des muscles, l'engrènement

Digitized by Google

des fragments, l'interposition musculaire, l'écartement des fragments. Chez notre première malade, le fragment supérieur avait traversé le muscle et une partie de la peau, le contact des extrémités osseuses devenait impossible ; on ne pouvait donc songer à employer l'extension continue qui avait si bien réussi chez notre seconde malade.

Il fallait donc, pour éviter une pseudarthrose inévitable, et parer à des accidents vasculaires ou nerveux du côté du creux poplité, ouvrir le foyer traumatique, amener les deux fragments au contact et suturer les surfaces au fil d'argent.

Loin de nous, heureusement, est le temps où Hamilton disait : « dans un cas où le fragment supérieur traversa le muscle, je réséquai l'os et mon malade mourut. Je ne crois pas, je l'avoue, que je recommencerais l'opération : je préférerais faire courir à mon malade les chances d'un défaut de consolidation. »

M. Forgue. — Ces fractures sont rares ; dans ces dernières années il n'en a observé qu'un cas ; la réduction fut obtenue par un tampon de coton disposé comme dans la seconde observation de M. Soubeyran. Mais il est certain que de plus en plus on aura recours à la suture; quand il y a embrochement du muscle par le fragment supérieur, comme dans la première observation de M Soubeyran, la suture est indiquée pour éviter de courir les risques d'une pseudarthrose. Au reste, la suture osseuse est surtout de mise dans les fractures juxta-articulaires : il est donc rationnel de l'appliquer à des fractures avec grand déplacement, comme on le trouve souvent dans les fractures de Boyer.

Tuberculose rénale latente chez un syphilitique mort d'hémorragie cérébrale

Par MM. Ardin-Delteil et Rimbaud

Le nommé J. D..., âgé de 41 ans, maçon, entre fin septembre dans le service de M. le professeur agrégé Brousse, où il est traité pour chancre syphilitique du méat. Depuis quelques jours, le malade s'étant mis à tousser est envoyé dans le service de M. le professeur Carrieu.

Il y a 7 mois, il s'était déjà senti malade, point de côté, frissons,

Digitized by Google

toux et expectoration abondante ; depuis le début, la toux n'avait guère cessé.

L'examen révèle de la matité au sommet droit avec respiration rude, expiration prolongée et sous-crépitantes. Au sommet gauche, submatité avec respiration soufflante et quelques petits craquements aigus qui permettent de porter le diagnostic de tuberculose pulmonaire avec foyer broncho-pneumonique à droite et induration au sommet gauche. La fièvre légère, 37°5, que présente le malade cède rapidement devant l'antipyrine, et sous l'influence de la médication cacodylique, l'état général redevient meilleur. Urines : 0,10 centig. d'albumine.

Le 9 décembre, à 4 heures du soir, le malade sans ictus, sans apoplexie, est frappé d'hémiplégie gauche, qui ne tarde pas à devenir complète, impotence absolue des membres inférieurs et supérieurs, paralysie faciale, déviation conjuguée de la tête et des yeux vers la droite ; le malade ne parle pas, mais comprend et répond par signes. On ordonne des bottes sinapisées et un lavement purgatif, mais le malade tombe peu à peu dans le coma, la température monte à 40°6, et la mort survient 12 heures après.

A l'autopsie, on trouve une hémorragie cérébrale paraissant avoir débuté dans la capsule interne droite ayant envahi tout le noyau lenticulaire droit, puis ayant fait irruption dans les ventricules latéraux droit et gauche, qui sont bourrés de gros caillots.

Au poumon droit, de nombreux tubercules dans le lobe supérieur, la plupart déjà ramollis et ayant donné naissance à de petites cavernes dont deux ou trois ont le volume d'une noix. A gauche, au sommet, tubercules durs et crus, entourés d'une zone congestive étendue. L'examen microscopique décèle dans les tubercules la présence de bacilles de Koch.

Le foie, la rate et le rein gauche paraissent sains mais on trouve un rein droit volumineux, bosselé légèrement adhérent à sa capsule ; à la partie postéro-supérieure de ce rein, paraît s'être développée une poche kystique du volume d'une petite pomme; plusieurs autres poches, moins volumineuses rendent irrégulière sa surface, qui présente un semis de granulations blanchâtres, la plupart encore dures, quelques-unes ramollies. A la coupe de la grosse poche sort la valeur d'un demi-verre de pus granuleux, blanchâtre ; dans les autres cavités on constate aussi un liquide purulent. Ces poches occupent surtout la substance corticale, mais envoient des prolongements jusqu'au bassinet ; tout l'organe est plus ou moins détruit

Digitized by Google

par des excavations irrégulières, déchiquetées, à parois lisses et dures. Les calices et le bassinet sont entièrement occupés par des produits caséeux qui en obturent la lumière ; la naissance de l'uretère paraît obstruée.

L'examen bactériologique du pus ne nous y montre ni bacille de Koch, ni autres micro-organismes.

Plusieurs points nous paraissent dignes de remarque dans l'histoire pathologique de ce malade. Et d'abord, voilà un homme jeune encore, 41 ans, qui meurt d'hémorragie cérébrale ; cet homme est tuberculeux, mais il est aussi syphilitique et cela depuis deux mois à peine. Voilà donc une syphilis qui très précocement s'est localisée sur l'encéphale, qui s'y est localisée insidieusement sans que le malade se soit jamais plaint de céphalée.

La première manifestation en a été une hémorragie. Cette hémorragie, extrêmement abondante, a déterminé une inondation ventriculaire totale, et cependant le malade n'a pas présenté de convulsions, n'a pas présenté la moindre contracture ; son hémiplégie s'est établie rapidement c'est vrai, mais graduellement, sans ictus proprement dit. L'écorce était intacte, mais la compression exercée au niveau de la protubérance par le sang épanché explique suffisamment la déviation conjuguée de la tête et des yeux que nous avons observée.

Mais ce qui nous frappe le plus, c'est cette lésion rénale : nous nous sommes trouvés en présence d'une pyélo-néphrite dont la nature tuberculeuse paraît évidente : la concomitance des lésions pulmonaires l'aspect aréolaire de la tumeur, ce semis de granulations de la surface, la nature de son pus ne renfermant pas de bacille de Koch, c'est vrai, mais ne renfermant aucun micro-organisme, sont un ensemble de caractères qui permettent d'affirmer la tuberculose rénale. Ces lésions ont évolué de façon à détruire à peu près complètement le parenchyme rénal et voilà un malade qui jamais ne s'est plaint de son rein, qui jamais n'a eu d'hématurie; voilà un malade dont le rein est plein de pus et qui n'a jamais eu de pyurie. L'oblitération de l'uretère par les masses caséeuses que nous avons signalées explique cette absence de pyurie. Le rein gauche, plus gros que normalement, suffisait à la sécrétion urinaire, et ce ne sont pas les dix centigrammes d'albumine constatés dans une dernière analyse qui auraient pu laisser supposer une lésion rénale aussi profonde. Peut-être une palpation soigneuse aurait-elle permis de sentir la tumeur rénale, mais encore aurait-il fallu que cette palpation ait été motivée par quelque symptôme urinaire.

Digitized by Google

Faisons remarquer en terminant combien ces deux infections, tuberculose et syphilis, réunies chez le même sujet, ont évolué avec rapidité, l'une déterminant en quelques mois ses lésions pulmonaires bilatérales déjà étendues et amenant la presque totale destruction d'un rein, l'autre en quelques semaines se localisant d'une façon insidieu e sur l'encéphale et se manifestant soudain par une hémorragie cérébrale mortelle.

(A suivre).

INSTITUT BOUISSON BERTRAND DE MONTPELLIER

Pendant le mois de Décembre, 42 personnes ont été admises au traitement antirabique.

4 personnes provenaient du département de l'Hérault, 18 de Vaucluse, 6 du Tarn, 6 du Tarn-et-Garonne, 4 de l'Aude, 4 de la Haute-Garonne.

Sur ce nombre, 26 ont été hospitalisées.

NOUVELLES

Académie de Médecine. — Une récompense est accordée pour le *Prix Desportes*, à M. le docteur Vires, professeur-agrégé de médecine à l'Université de Montpellier, pour son traité *Maladies nerveuses, diagnostic, traitement*. In-8° Montpellier, 1902.

L'Éditeur-Gérant : P. DELORD-BOEHM.

Montpellier. — Imprimerie Delord-Boehm et Martial.

Digitized by Google

N° 3 18 JANVIER 1903. TOME XVI

MONTPELLIER MÉDICAL

Journal Hebdomadaire paraissant tous les Dimanches

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔPITAL SUBURBAIN

SERVICE DE M. LE PROFESSEUR FORGUE

DU CANCER DU RECTUM

MESSIEURS,

Vous pouvez observer, actuellement, dans nos salles une intéressante série clinique de quatre cas de cancer du rectum; leur examen comparé vous permettra d'étudier avec netteté les traits essentiels de cette affection.

Le cancer rectal est, dans la presque totalité des cas, une *tumeur épithéliale*, un épithéliome. Le sarcome, le lymphadénome sont des formes rares de tumeurs malignes du rectum.

Anatomie pathologique. — 1° SIÈGE. — Depuis l'anse oméga jusqu'à l'anus, le cancer épithélial peut occuper tous les points du rectum.

Cliniquement, on distingue, au point de vue des indications opératoires et du procédé de choix, les types suivants indiqués par QUÉNU : 1° un *type bas placé, cancer anal*, localisé au-dessous des attaches du releveur de l'anus dans la zone sphinctérienne ; 2° un *type moyen, cancer ampullaire*, occupant l'ampoule, c'est-à-dire le segment qui s'étend entre le releveur et

Digitized by Google

le péritoine, forme anatomique qui a comme caractéristique de rester *extra-péritonéale* et de ménager l'intégrité de la région sphinctérienne ; 3° un *type haut placé, intra-péritonéal, cancer sus-ampullaire* qui, en bas, est limité par le cul-de-sac péritonéal et qui, en haut, s'étend plus ou moins, tantôt ne dépassant pas la troisième vertèbre sacrée, où se termine la portion du gros intestin pourvue de mésentère, tantôt s'élevant au-dessus de ce niveau, point limite du rectum selon la conception de TRÈVES, et envahissant la branche descendante de l'anse oméga. 4° un *type d'envahissement total* où tout le rectum est envahi depuis l'anus jusqu'à 12 et 15 centimètres au-dessus. — *Le cancer ampullaire est le type le plus fréquent* : près de la moitié des cas. Les types hauts et bas s'observent en nombre à peu près égal.

2° FORME. — Les Anglais décrivent : 1° *une forme tubéreuse;* 2° *une forme lamelleuse;* 3° *une forme annulaire*. La première se caractérise par des tumeurs circonscrites du volume d'une noix, d'une châtaigne, en relief irrégulier, dont le centre ne tarde point à s'ulcérer en un cratère à fond noirâtre et pulpeux. Dans la forme lamelleuse, le néoplasme moins saillant s'étale en une plaque dont le fond s'ulcère et s'excave, dont la base s'indure. Toutes les formes, si bien circonscrites qu'elles soient au début, tendent par leur progrès à envelopper circonférentiellement l'intestin et à prendre le type *du cancer annulaire, cancer en virole.* Les tuniques rectales infiltrées constituent alors un cylindre néoplasique, dont la muqueuse est ordinairement ulcérée par places, bourgeonnante en d'autres points, sous forme de véritables choux-fleurs mous, saignants et suppurants. Le rétrécissement de l'intestin résulte à la fois de ce bourgeonnement irrégulier des parois et de la réduction du calibre par le tissu épais et dense qui les infiltre : il y a à la fois rétrécissement et obstruction. Les limites de cette virole néoplasique sont ordinairement nettes, parfois prolongées par des noyaux distants.

Digitized by Google

3° Extension. — L'épithélioma finit par dépasser les parois intestinales : le tissu péri-rectal s'épaissit, adhère, devient le siège d'une infiltration mixte, inflammatoire et néoplasique, qui contribue à augmenter la fixité du néoplasme et à empêcher l'abaissement opératoire du rectum. — L'épithélioma envahit, dans les formes ampullaires, la prostate et la vessie chez l'homme, le vagin et l'utérus chez la femme. Le cancer anal infiltre les fosses ischio-rectales, y détermine des abcès péri-anaux, dont les orifices fistuleux laissent passer des bourgeons saignants et mous de nature néoplasique. — L'infection ganglionnaire, par lymphangites ou embolies épithéliales gagne : 1° les ganglions de l'aine dans le cas d'épithélioma siégeant ou propagé à l'anus ; 2° les ganglions hémorroïdaux logés dans la concavité sacrée ; 3° les ganglions lombaires. — La généralisation, par contre, est rare ; elle s'observe surtout dans le foie et dans le péritoine ; exceptionnellement, elle s'étend aux reins, à la rate, aux poumons, aux os.

4° Histologie pathologique. — Il faut distinguer le cancer de l'*anus* et le cancer du *rectum* proprement dit. Le premier, se développant aux dépens de la peau et d'une muqueuse dermopapillaire, prend la forme d'un *épithélioma pavimenteux*, procédant des cellules ectodermiques de cette zone. Au contraire, le cancer rectal ayant son point de départ dans un épithélium intestinal revêt la forme de l'*épithélioma cylindrique*, conforme à la structure cellulaire de cette muqueuse.

Cette distinction est vraie dans l'ensemble mais souffre des exceptions : un cancer bas peut être cylindrique parce que, au-dessous de la limite de la muqueuse rectale on peut rencontrer par points des cellules analogues à celles de l'épithélium intestinal; d'autre part, sur la muqueuse rectale chroniquement irritée, ayant changé son revêtement cylindrique en un pavimenteux stratifié, peut se développer,

Digitized by Google

comme l'a dit QUÉNU, un épithélioma histologiquement semblable aux cancroïdes cutanés.

§ 1er *Epithélioma cylindrique.* — Deux éléments le constituent. 1° l'*élément épithélial*; 2° le *stroma conjonctif.*

I. *Élément épithélial.* — Les *cellules épithéliales* se présentent sous deux formes différentes, bien mises en lumière par QUÉNU et LANDEL. Tantôt ces éléments, conservant avec persistance les caractères essentiels de l'épithélium normal, se disposent en des tubes pseudo-glandulaires, à lumière très distincte, que séparent des travées plus ou moins épaisses de tissu conjonctif (*carcinome adénomateux* de HAUSER, *épithéliome typique* de QUÉNU et LANDEL). Tantôt les cellules, perdant leur forme normale, constituent non plus des tubes à lumière nette, mais des cylindres pleins ou même des masses cellulaires, disposées concentriquement, remplissant des alvéoles formés dans le tissu conjonctif (*carcinome solide ou plein* de HAUSER, *épithélioma atypique* de QUÉNU). — Dans les tubes pseudo-glandulaires, l'épithélium, tout en gardant sa forme cylindrique à plateau, est augmenté d'épaisseur. Cela tient à deux causes : 1° la formation de plusieurs couches cellulaires hypertrophiées, hyperplasie; 2° l'hypertrophie de ces cellules, dont les dimensions sont beaucoup plus considérables qu'à l'état normal et dont les noyaux tuméfiés sont multiples. Par la superposition de plusieurs assises cellulaires et par leur compression réciproque, il arrive que les cellules perdent leur forme cylindrique : leurs limites sont alors moins nettes. Un caractère, signalé par QUÉNU et LANDEL, est la tendance à la disparition des cellules mucipares. — Dans l'épithélioma de forme atypique, les cellules épithéliales tendent à perdre leur forme et leur disposition initiales.

II. *Stroma conjonctif.* — Le *stroma conjonctif* varie selon les formes. Dans certains cas, il est réduit à de minces travées, séparant les tubes ou les cylindres pleins épithéliaux

Digitized by Google

qui composent à eux seuls presque tout le néoplasme *(carcinome médullaire de Hauser, carcinome encéphaloïde)* : ces formes ont une tendance à progresser rapidement et à infecter précocement le système lymphatique. — Dans d'autres formes au contraire, le tissu conjonctif réagit avec intensité au contact du tissu épithélial : il forme alors des travées épaisses, fibreuses, abondantes, séparant les formations épithéliales, et contribuant à augmenter la densité de la tumeur : c'est le *carcinome squirrheux,* le cancer dur, dont la malignité est moindre. Entre ces deux formes il est une série de variétés, selon l'abondance du tissu conjonctif.

§ 2. *Épithélioma pavimenteux.* — On distingue : 1° un épithéliome *lobulé* à globes épidermiques ; 2° un épithéliome *tubulé* sans globes. Mais, comme le remarquent Quénu et Landel, l'élément important n'est point le globe épidermique, groupement des cellules en voie de kératinisation, mais cette kératinisation elle-même.

§ 3. *Épithéliomes à cellules muqueuses.* — Une altération caractéristique de l'épithélioma cylindrique, signalée par Quénu et Landel, c'est que la muqueuse rectale, en voie d'évolution cancéreuse, perd ordinairement ses cellules mucipares, caliciformes. Mais dans quelques cas l'évolution des cellules cylindriques est différente : elles se transforment toutes en cellules mucipares et donnent lieu à des tumeurs, composées d'un véritable réseau de tissu conjonctif, dont les alvéoles sont remplis de grosses cellules sphériques et d'une grande quantité de mucus.

Symptômes et diagnostic. — *Hémorragie ; douleurs ; troubles de la défécation* : tels sont les symptômes qui doivent fixer l'attention du médecin. Car il faut savoir : que le cancer rectal évolue ordinairement d'une façon lente, souvent précédé d'ailleurs par une phase précancéreuse, où il existe

Digitized by Google

à l'état de papillome ; que la symptomatologie du début est généralement peu marquée et bornée à des troubles communs aux affections banales du rectum et de l'anus ; enfin que les progrès de l'épithéliome rectal, jusqu'à un stade plus ou moins avancé de l'envahissement local, sont compatibles avec les apparences d'une santé florissante.

La gravité et la rapidité d'apparition des symptômes se rattachent évidemment aux formes mêmes du mal et à ses variétés anatomo pathologiques. Elles varient : 1° selon qu'il s'agit de formes dures, squirrheuses, à tissu conjonctif dense et abondant, lentes à s'ulcérer ou d'espèces encéphaloïdes, molles, à néoplasie épithéliale prépondérante, aboutissant promptement à l'ulcération, soit par cancérisation de la muqueuse, soit comme Quénu l'a vu, à sa destruction par des foyers inflammatoires développés autour des bourgeons cancéreux sous-muqueux, 2° selon que le cancer reste longtemps localisé sous forme de noyau sur un point de la paroi, ou qu'il prend la forme végétante propice aux hémorragies, ou qu'il devient promptement annulaire, causant un rétrécissement de plus en plus serré.

L'*hémorragie* peut être une manifestation initiale du néoplasme et se montrer avec une brusquerie et une abondance exceptionnelles ; nous venons de l'observer chez un homme jeune encore qui, une nuit, pris d'un soudain besoin, évacua près d'un verre de sang ; cette évacuation se produisit deux fois aux deux selles suivantes ; puis fut remplacée par de petits suintements irréguliers. — Ordinairement, le type de l'hémorragie est le suivant : parfois, ce sont quelques filets de sang, accompagnant l'expulsion de matières dures et ovillées ; plus souvent, les selles sont noirâtres, ressemblant à du goudron, du marc de café ou à de la suie, le sang ayant fait séjour dans le rectum, s'y étant décomposé et mêlé aux matières délayées. Quand, au-dessus du néoplasme, s'est développée une rectite de quelque intensité, ce sont des glaires

Digitized by Google

rosées ou striées de sang, dysentériformes, qui enrobent les matières et sont expulsées par défécations fréquentes, avec épreintes et faux besoins. Enfin, dans les cancers mous, lorsque la surface ulcérée se couvre de bourgeons grisâtres, entre les anfractuosités desquels séjourne un mélange de liquide cancéreux, de pus résultant de la rectite, et de matières fécales, c'est une sanie putride, sanguinolente, qui s'écoule avec des muco-membranes, peaux, raclures de boyaux, disent les malades et parfois des eschares muqueuses fétides détachées de la masse néoplasique ramollie.

Les *douleurs* sont peu marquées au début, et ce n'est point sur elles qu'un diagnostic précoce peut se fonder. Ce sont, parfois, de simples coliques, avec météorisme, tenant à la constipation. Des sensations de cuisson, des élancements, vers le fondement, accompagnent la défécation, la fatigue, la station debout prolongée. Chez d'autres malades, c'est une pesanteur vers le sacrum et le coccyx, l'impression d'un besoin non satisfait. Mais, au total, il est frappant de voir à quelle phase avancée peuvent arriver les lésions locales, dans certaines formes de cancer sus-ampullaire, d'une façon lente et peu douloureuse. — Au contraire, les cancers de la région anale, probablement par la complication de fissures, et certains cancers de l'ampoule rectale déterminent des douleurs intenses dès leur apparition. — Les formes dures des cancers élevés, où le rétrécissement se trouve rapidement constitué, sont aussi remarquables par la vivacité des souffrances, par leurs irradiations dans les aines : cela se rattache aux difficultés de l'issue des matières, à la contusion du point rétréci lors de leur passage, aux contractions douloureuses de l'intestin au-dessus de l'obstacle, à la rectite qui se développe en amont, aux épreintes qui en résultent. Ces causes se retrouvent pour expliquer les douleurs qui accompagnent les dernières phases de l'épithéliome rectal, quels que soient son siège et sa forme. Il y faut joindre les propagations

Digitized by Google

de la tumeur aux organes voisins, les ulcérations vésicales, urétrales, vaginales qui en résultent, l'envahissement même du plexus sacré, ce qui explique ces irradiations vers le membre inférieur signalées surtout par ESMARCH.

Les *troubles de la défécation* sont précoces dans les *cancers voisins de l'anus*, où ils prennent la forme de défécations douloureuses, et dans les *cancers sus-ampullaires*, surtout dans les *cancers haut situés*, siégeant à l'union de l'anse oméga et du rectum, qui, devenant vite annulaires, développent la constipation opiniâtre d'abord, l'obstruction intestinale ensuite. Par contre, l'ampoule, région spacieuse, permet, d'une façon plus prolongée, l'évolution latente, non obstruante, d'un néoplasme de ses parois.

La *constipation est un symptôme* constant du début ; elle peut alterner avec des débâcles pseudo-diarrhéiques résultant de la stagnation même des matières et de la rectite glaireuse ou muco-membraneuse qu'elle provoque. Les matières sont modifiées dans leur forme et dans leur calibre : ce sont tantôt des boules ovillées, qu'un de nos malades comparait à des « boules de cyprès », tantôt des matières laminées, rubanées. L'*S* iliaque, incomplètement évacué, est rempli de masses accumulées, qu'on peut sentir à la palpation de la fosse iliaque. Malgré les lavements, ces évacuations restent incomplètes ; et, la rectite aidant, les malades, tourmentés par de faux besoins, se présentent dix, quinze, vingt fois et plus à la selle ; ils n'expulsent, le plus souvent, au prix de vives épreintes, que des glaires fétides et sanguinolentes.

Des périodes de constipation de dix, quinze jours peuvent s'établir, pendant lesquelles les gaz continuent à filtrer. Mais *cette obstruction*, et à plus forte raison l'*occlusion vraie*, avec suppression des gaz, *sont rares* dans le cancer rectal même massif. Tel malade, chez qui le doigt ne s'engage qu'avec peine dans un canal rétréci et tortueux, n'offre aucun signe d'obstruction et présente plutôt de la diarrhée : cela tient

Digitized by Google

à ce que le processus d'ulcération creuse le calibre de la tumeur, et aussi, comme le pense QUÉNU, à ce que la rectite concomitante, modifiant les conditions de la sécrétion et de la contraction intestinale, engendre de la diarrhée.

C'est à cette rectite que sont dues les pertes glaireuses, dysentériformes, parfois purulentes, qui, dans les formes massives et ulcérées, s'observent en dehors de tout effort d'expulsion. Quelques malades, éprouvant une sensation de plénitude rectale, poussent involontairement et laissent échapper une fusée de gaz humides. D'autres, à sphincter atone ou envahi, perdent des glaires sanguinolentes qui tachent leur chemise. Aux périodes tardives, c'est un écoulement sanieux abondant, dont la fétidité, mélangée d'odeur fécale et d'ichor cancéreux, est caractéristique.

Les troubles généraux sont variables. On a décrit une *forme dyspeptique*, où le malade souffre surtout de troubles digestifs, d'inappétence, d'alternatives de constipation et de diarrhée, où l'amaigrissement et la pâleur sont précoces : forme comparable au cancer latent de l'estomac, où le néoplasme ne trahit sa présence que par des phénomènes généraux. — Ordinairement les alternatives de l'état général marchent parallèlement aux *progrès de l'infiltration néoplasique*, de son *ulcération*, des *pertes hémorragiques* et *diarrhéiques* qui en résultent, et surtout de la *résorption des produits toxiques* dont l'ulcère rectal est la source. Ainsi se développent cet amaigrissement, cette pâleur jaunâtre qui aboutissent à une cachexie, souvent accélérée par l'extension du cancer aux organes voisins, la perforation du vagin, de l'urètre, de la vessie, l'envahissement des voies urinaires, dégâts qui s'associent à un processus d'ulcération septique.

La marche et la durée du cancer rectal dépendent de la forme anatomique, de l'obstacle qu'il crée à la circulation intestinale, des complications intercurrentes. Nous savons, depuis que VOLKMANN l'a établi, que le cancer du rectum est

Digitized by Google

moins malin que le cancer des tissus glandulaires, affirmation qui influa vivement en Allemagne sur l'extension que KÖNIG, CZERNY, BILLROTH et KUSTER firent prendre à l'extirpation. Nous avons vu des cas durer trois et quatre ans : la moyenne évolue entre un an et deux ans. La mort survient par intoxication progressive due aux produits résorbés, par inanition, par urémie ; parfois une pleurésie, une pneumonie intercurrente, enlèvent le malade à cette lente fin.

Diagnostic — Quand, surtout chez un homme ayant dépassé la quarantaine, on rencontre des *hémorragies*, survenant en dehors de toutes hémorroïdes internes et externes, des *alternatives de constipation et de diarrhée,* une *sensation de pesanteur sacro-coccygienne*, avec faux besoins, il faut, sans se laisser illusionner par l'apparence d'une santé conservée, soupçonner la possibilité d'un carcinome rectal. Et, dans le doute, comme l'efficacité du traitement est ici liée à la précocité du diagnostic, *il faut toujours pratiquer le toucher intra-rectal.*

Par ce toucher, on appréciera : 1° l'existence d'un noyau, d'une plaque ou d'une virole ; 2° l'étendue de l'ulcération, la forme et le degré du rétrécissement rectal ; 3° l'épaisseur de l'infiltration des parois ; 4° la mobilité du néoplasme de haut en bas et transversalement. En déprimant fortement le périnée, on pourra explorer ainsi la région de l'ampoule, le segment sus-ampullaire ; par le palper bi-manuel, on reconnaîtra une masse développée sur l'anse oméga ; mais, pour ces cancers haut situés, il est nécessaire d'introduire la main tout entière dans le rectum à la façon de SIMON. Explorez aussi la région inguinale ; vous pourrez y trouver, surtout dans les cancers ano-rectaux, des ganglions durs qui parfois, grâce à une inoculation septique, deviennent gros, ramollis, tendant à la fluctuation. — Il se forme quelquefois des abcès de la marge de l'anus avec fistules ; les bourgeons, mollasses

Digitized by Google

et saignants, qui émergent par ces orifices, doivent attirer l'attention du médecin sur leur nature néoplasique. Aux périodes tardives d'infiltration massive et d'ulcération, le diagnostic se fera aisément par la fétidité ichoreuse des pertes, par l'étendue de l'infiltration néoplasique, par la cachexie progressive au teint jaune paille.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

Séance du 12 décembre 1902

(Suite et fin)

M Carrieu. — Le malade était entré à la clinique avec des signes évidents de tuberculose pulmonaire ; les dix centigrammes d'albumine par litre que présentaient ses urines furent attribués à la cachexie. Quant à l'hémorragie cérébrale, il est difficile d'expliquer l'absence de contractures et de convulsions qui n'ont pas été notées, bien que cette apoplexie ait été soigneusement suivie et observée.

M Forgue demande si la lésion rénale était unilatérale.

M. Carrieu. — L'autre rein était sain, mais paraissait hypertrophié. Il est probable que l'uretère du côté malade était oblitéré : en pressant sur le rein, on ne faisait pas sourdre de pus. L'absence de tout microbe révélée par l'examen est en faveur de la nature tuberculeuse de la suppuration.

M. Forgue. — La quantité d'urine était-elle normale ?

M. Carrieu. — Elle n'était pas anormalement diminuée.

M. Forgue a pratiqué le matin même la division vésicale des urines chez un malade du service de M. Grasset porteur d un rein manifestement tuberculeux : le rein malade fournissait encore un quart environ de la totalité des urines.

Digitized by Google

M. Puech lit une communication au nom du docteur Cadilhac, de Cette.

Variole et grossesse.

Accouchement à terme, à la période de suppuration d'une variole confluente. Guérison. Enfant sain et réfractaire à la vaccine.

Par le Dr J. Cadilhac, de Cette.

Tous les accoucheurs ont insisté sur la gravité particulière du pronostic de la variole au cours de la grossesse. Si la femme atteinte d'une forme légère peut mener à bien son œuvre, il est exceptionnel que les formes graves, confluente et hémorragique surtout, n'entraînent pas la mort de la mère ou de l'enfant.

Il est admis, en outre, que la sévérité de cette fièvre éruptive va en augmentant avec l'âge de la grossesse, non sans doute que l'état de gestation prédispose aux formes graves, mais parce que dans les derniers mois l'accouchement prématuré est la règle générale. Dès lors, l'évolution variolique se faisant en plein état puerpéral, on conçoit tout ce qu'elle présente de redoutable. Il n'est pas rare dans ces cas de voir, deux ou trois jours après l'expulsion fœtale, la variole devenir hémorragique et la femme succomber vers le quatrième jour.

Enfin la mort de l'enfant est à peu près constamment observée dans les formes graves.

Parmi les faits de ce genre qu'il m'a été donné de suivre, dans ces derniers temps, il en est un qui est digne d'être publié. Il intéressera pour plusieurs raisons ; évolution complète d'une variole confluente, à suppuration très intense, chez une femme arrivée au neuvième mois ; accouchement à terme, en pleine période suppurative ; enfant très vigoureux, absolument sain et réfractaire à la vaccine ; enfin montée de lait abondante, quinze jours seulement après l'accouchement et guérison rapide de la mère.

Voici les péripéties de cette histoire clinique :

Je suis appelé le 5 juin auprès de Mme F.., femme vigoureuse, âgée de 35 ans, sans antécédents morbides, vaccinée une seule fois avec succès, dans le jeune âge.

Enceinte pour la troisième fois, elle est arrivée au neuvième mois de la grossesse et compte accoucher du 15 au 20. Prise la veille

Digitized by Google

d'un violent frisson, avec rachialgie et céphalée pulsative, c'est dans ce même état que je la trouve à ma première visite, avec une température de 39° 6 et un pouls à 112. La face est vultueuse, la malade agitée et très souffrante. Etat nauséeux, dyspnée légère. Rien du côté viscéral, rien à la peau. Nous sommes en pleine épidémie variolique et je n'hésite pas à porter le diagnostic de variole au début, en raison des symptômes qui s'offrent à l'observation. Devant l'état avancé de grossesse, je fais part à l'entourage de la gravité du pronostic.

Dès le lendemain, tandis qu'une sensible détente s'est produite dans les symptômes de la veille, il est possible de saisir l'éruption. De fines macules existent à la face et gagnent bientôt le tronc.

Les jours suivants, l'éruption se développe normalement, et il est facile de voir que la variole sera nettement confluente, La fièvre a diminué, la malade est plus calme. Les pustules acquièrent de grandes dimensions.

Le 12, la suppuration débute à la face, dont la tuméfaction est énorme. L'écoulement purulent est abondant. Peu à peu les pustules du tronc éclatent aussi. L'état général est assez satisfaisant. Toutefois, il existe une dyspnée sans siège organique appréciable, qui ne laisse pas d'être inquiétante. Pas d'albuminurie.

J'ai institué, dès le début, la méthode éthéro-opiacée. J'ajoute, dans la suite, une potion avec strychnine et caféine, afin de prévenir les défaillances du cœur.

Le 13 et le 14, la suppuration se poursuit et l'état de la malade reste le même. Toujours à noter de la dyspnée et une agitation assez intense.

Dans la soirée du 15 surviennent les premières douleurs du travail. Le fœtus se présente en OIGA, la tête fortement engagée. La femme a un bassin large, des parties molles très souples ; aussi le travail marche-t-il rapidement. Je prends de minutieuses précautions pour préserver les pustules, dont certaines sont énormes et distendues par le pus. Toute la zone péri-vulvaire et la face interne des cuisses sont recouvertes de grandes compresses trempées dans l'eau bouillie. Un lavage vaginal est fait avec de l'eau salée. Les cuisses sont maintenues aussi écartées que possible.

Vers 11 heures du soir, est expulsé sans grosses douleurs un enfant mâle du poids de 3 kil. 500, très vigoureux, ne présentant absolument aucune trace suspecte sur toute l'étendue du corps. Je le vaccine immédiatement avec beaucoup de soin.

Digitized by Google

L'état général de la mère est assez inquiétant à ce moment. La température est à 39°, le pouls à 128°, la dyspnée très accusée accompagnée d'une petite toux sèche, sans symptômes à l'auscultation. La délivrance est tardive, la perte sanguine nulle. Avant de me retirer, je fais une injection avec une solution de sublimé à 1/10.000 et je recommande de ne plus pratiquer, les jours suivants, que la toilette externe à l'eau bouillie, afin d'éviter toute infection utérine.

Le lendemain, 16, l'état général reste grave. L'hyperthermie persiste, ainsi que la dyspnée. Le pouls est inquiétant, à 136. A plusieurs reprises, la malade présente un tremblement nerveux, sans sensation de froid. Dans la soirée, elle a une légère syncope. Je suis gravement préoccupé par l'existence de deux ou trois pustules ecchymotiques. Caféine et ergotine

Même état le 17. La dessiccation commence à la face.

Le 18, il y a une légère amélioration. La malade est plus calme, la fièvre baisse. Aux membres, l'évolution des pustules se continue normalement, tandis que celles de la face sèchent bien.

Le 19, la situation s'est aggravée. La nuit a été mauvaise. Une diarrhée très intense est survenue et persiste pendant la journée. La malade a, dans les 24 heures, environ 40 selles, non fétides, de couleur jaune, accompagnées de coliques violentes et d'un tympanisme notable. La température remonte. Le pouls est à 120 L'écoulement lochial est suspendu.

A 6 heures du soir, la malade est prise d'un grand frisson avec douleurs aiguës dans l'abdomen et les seins. Ceux-ci ne sont pourtant pas durs. La dyspnée est sérieuse, l agitation vive. Je porte un très grave pronostic. Nous sommes seulement au quatrième jour après l accouchement : il y a tout lieu de redouter, sinon une pyohémie variolique, du moins une infection puerpérale. Caféine, champagne.

Le 20, brusque changement de tableau La diarrhée a cessé et semble ainsi n'avoir été qu'une crise salutaire. La température redescend La nuit a été bonne. Les lochies réapparaissent. Le pouls est bon.

Les jours suivants, toute inquiétude s'évanouit. Le ventre est très souple, l'état général satisfaisant. Le sommeil revient. La dessiccation suit une marche normale. La dyspnée ne tarde pas à disparaître totalement.

Quinze jours après l'accouchement, la malade, qui n'avait pas

Digitized by Google

encore eu une goutte de lait, voit ses seins se gonfler rapidement Avec de grandes précautions d'asepsie, nécessitées par la présence des croûtes varioliques sur le mamelon, je fais mettre au sein l'enfant, allaité jusqu'alors artificiellement, et le lait de la mère est largement suffisant à le nourrir. Toujours très vigoureux, cet enfant n'a présenté aucune trace de vaccine ni de variole.

M. Puech insiste sur la gravité de la variole compliquant la grossesse; le cas de M. Cadilhac est d'autant plus intéressant que cette variole a menacé de prendre la forme hémorrhagique; il importe cependant de bien distinguer entre les varioles hémorrhagiques d'emblée, à peu près fatalement mortelles, et les varioles devenant tardivement hémorrhagiques.

M. Forgue prie M. Puech de transmettre ses félicitations à M. Cadilhac pour le bon exemple qu'il vient de donner en envoyant une intéressante observation à la Société; on ne saurait trop encourager les praticiens des villes voisines à l'imiter.

M. Moitessier a eu l'occasion d'observer, il y a un an, une variole chez une femme enceinte de six mois. La maladie évolua dans le service de M. Carrieu sans avortement, et cette femme accoucha ensuite en ville à terme. M. Moitessier vaccina l'enfant, mais sans succès, et il ne put tenter plus tard une seconde vaccination, parce que la famille quitta Montpellier.

M. Forgue. — Il est remarquable que la malade de M. Cadillhac, en puissance de pyohémie, n'ait eu aucun phénomène septique du côté de son appareil génital après son accouchement.

M. Puech put observer, il y a deux ans, à la Maternité, une femme qui entra avec un érysipèle très étendu qui parcourut d'ailleurs tout le corps; cette femme accoucha le lendemain de son entrée et n'eut aucun phénomène septique utéro-abdominal.

M^me^ Gaussel-Ziegelmann a eu l'occasion d'observer un cas de variole de gravité moyenne chez une femme enceinte de huit mois et demi. Cette femme accoucha prématurément pendant la période d'invasion d'un enfant indemne de toute manifestation variolique, l'enfant fut vacciné le jour même de la naissance, la vaccine ne prit pas et cependant l'enfant succomba quinze jours plus tard en pleine éruption variolique.

Digitized by Google

M. Guérin a vu deux cas d'érysipèle chez des femmes en couches. Dans l'un, à la fin d'une fièvre typhoïde, la malade présenta un érysipèle, puis une phlegmatia : l'accouchement eut lieu sans le moindre phénomène septique.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme qui présentait un ulcère variqueux de la jambe ; le lendemain de l'accouchement, éclate autour de cet ulcère un érysipèle qui gagne tout le membre, et cependant les suites de couches sont parfaites.

M. Forgue. — En raison du cas observé par Mme Gaussel, il serait utile de prier M. Cadilhac de revacciner l'enfant.

M. Puech. — Pour la question de l'immunité transmise de la mère au fœtus, il semble qu'il y a des conditions de filtration placentaire : il existe dans la science un cas d'une mère accouchant, en pleine variole, de deux jumeaux, l'un indemne et l'autre porteur de l'éruption. Il paraît, d'ailleurs, que cette immunité acquise de la mère par le fœtus n'est pas de longue durée.

M. Guérin rappelle à propos du cas de Mme Gaussel qu'on a vu, l'an passé, dans le service de M. Carrieu, deux enfants présenter une éruption variolique quelques jours après le développement d'une vaccine, il y avait coexistence des deux éruptions ; la variole parut heureusement modifiée par cette vaccine.

M. Pagès a eu l'occasion de communiquer, l'an passé, à la Société les deux cas auxquels fait allusion M. Guérin ; il doit ajouter qu'il a pu, quelque temps après, dans le service de M. Carrieu, observer un troisième cas de coexistence d'éruption vaccinale et variolique, mais l'évolution en fut funeste.

Séance du 19 décembre 1902

Présidence de M. Forgue.

Etaient présents : MM. Grasset, Tédenat, Carrieu, Estor, Puech, de Rouville, Galavielle, Vedel, Jeanbrau, Guérin, Ardin-Delteil, Abadie, Jacquemet, Calmette, Soubeyran, Lagriffoul, Moitessier, Mme Gaussel, MM. Bousquet, Pagès.

Digitized by Google

M. Lagriffoul continue sa communication sur le séro-diagnostic de la tuberculose (Paraîtra *in extenso* dans le *Montpellier médical.*)

M. Abadie. — Le malade présenté par M. Lagriffoul comme atteint d'ostéosarcome du genou et qui a un séro-diagnostic négatif appartient-il au service de M. Forgue? Le résultat négatif du séro-diagnostic d'Arloing et Courmont est très important, car le diagnostic a été longtemps hésitant entre ostéo-sarcome et tumeur blanche.

M. Lagriffoul. — C'est bien de ce malade qu'il s'agit, et avec les mêmes cultures M. Lagriffoul a eu des séro-diagnostics positifs pour quatre malades du service de M. Forgue, trois tumeurs blanches et un mal de Pott.

M. Forgue. — Le séro-diagnostic de M. Lagriffoul est très précieux pour ce diagnostic embarrassant ; au reste, on avait pu trouver des myéloplaxes dans des fragments de la tumeur.

M. Estor a dans son service une malade pour laquelle on hésite entre une ostéomyélite de la colonne vertébrale et un mal de Pott aigu : il serait reconnaissant à M. Lagriffoul de faire un séro-diagnostic pour cette malade.

M. Vedel. — M. Lagriffoul a-t-il eu l'occasion de faire des séro-diagnostics de la tuberculose avec du sang de syphilitique ou de cancéreux ?

M. Lagriffoul a obtenu une séro-réaction positive avec le sang d'un syphilitique. D'autre part, avec le sang de dix typhoïsants, il a eu neuf résultats positifs et le cas qui a eu une séro-réaction négative avait également un séro-diagnostic de Widal négatif.

M. Vedel a pu observer, avec la tuberculine, chez des syphilitiques et des cancéreux, des réactions moins accusées que chez les tuberculeux, mais qui étaient cependant incontestables.

M. Lagriffoul. — Personne ne s'est encore occupé de l'étude de la séro-réaction d'Arloing et Courmont avec le sang des syphilitiques et des cancéreux : c'est une question à étudier.

Digitized by Google

Un Cas d'hémiatrophie faciale progressive

Par M. PAGÈS.

J'ai cru intéressant de vous présenter un cas d'hémiatrophie faciale progressive que j'ai pu étudier dans le service de M. le professeur Grasset, intéressant tout d'abord parce que l'hémiatrophie faciale est une « véritable rareté clinique » au dire même de Brissaud, mais surtout parce que l'étude de ces cas ouvre des aperçus fort curieux sur les troubles trophiques en général.

Je commence par vous présenter mon observation : il s'agit d'une jeune fille âgée de 15 ans, atteinte d'une hémiatrophie gauche de la face. Au point de vue du sexe, de l'âge et du côté de l'atrophie, notre malade rentre bien dans le cadre classique de la maladie de Romberg.

Cette malade n'a aucun antécédent pathologique ; elle n'est pas encore réglée. Ses antécédents héréditaires nous paraissent ne rien présenter de particulier.

Le début de l'affection remonte à l'âge de douze ans. L'entourage fit remarquer à la jeune fille que sa paupière inférieure droite enflait ; mais bientôt après on s'aperçut que tout le côté gauche de la face s'atrophiait et que ce prétendu œdème de la paupière inférieure droite n'était qu'une apparence due au contraste avec l'atrophie du côté gauche.

L'affection a suivi sa marche progressive habituelle avec, toutefois, semble-t-il, un temps d'arrêt depuis le mois de juin dernier, où la malade se présente à l'Hôpital Général, à la consultation de M. Rauzier, qui prescrit un traitement électrique.

Avant d'exposer l'état actuel, revenons sur les particularités du début. Il ne s'est pas fait par une tache décolorée de la peau, comme cela a été constaté le plus souvent. Cette jeune fille n'a présenté ni céphalalgie unilatérale, ni crises convulsives ou douloureuses dans le côté atteint ainsi qu'on a pu le noter dans certaines observations. Toutefois, depuis lors, la malade a éprouvé quelques légères douleurs, mais toujours de faible intensité : elle ne les mentionnerait pas si on n'attirait son attention sur ce point. Disons enfin que dans notre cas l'hémiatrophie est strictement limitée à la tête et que le cou, le tronc et les membres ne présentent pas trace d'atrophie.

Aujourd'hui, le contraste entre les deux côtés de la face est frap-

Digitized by Google

pant : il est bien mis en évidence en rapprochant les deux excellentes photographies de profil de la malade dues à l'obligeance de M. Gagnière. Le profil gauche semble appartenir à une personne beaucoup plus âgée : c'est, on pourrait dire, le portrait de notre malade vieillie de nombreuses années ou le portrait de sa mère. Ces deux faces sont assez nettement délimitées par une ligne médiane : la réunion ne se fait pas à des niveaux différents, par des sortes d'échelons comme le signalent les auteurs.

Du côté de la lésion, le front est aplati, l'œil enfoncé, la fosse temporale excavée ; l'oreille est cependant intacte ; la joue, de coloration plus pâle que celle du côté opposé, est appliquée contre le squelette, dont elle dessine le relief ; l'aile du nez est atrophiée, la lèvre supérieure a fondu et n'offre plus qu'un mince liseré rouge ; elle nous présente une encoche mettant constamment à découvert les deux incisives, ce qui donne à tout ce profil gauche l'expression d'un profond dédain.

Si, après cette vue d'ensemble, nous passons aux détails, nous voyons que la peau de la joue est souple, se laisse plisser, ne donnant nullement la sensation de parchemin et que sa coloration, pour être moins prononcée que du côté opposé, n'en est pas moins assez intense.

Si nous explorons la sensibilité de la peau, nous la trouvons normale pour tous ses modes (contact, douleur, température) : il n'y a ni hyperexcitabilité, ni persistance des sensations.

Au point de vue sécrétoire, la sécrétion sébacée est conservée : la peau ne présente pas de sécheresse ; la malade sue également des deux côtés. Nous avons essayé d'explorer la réaction sudorale à la pilocarpine en injectant cinq milligrammes de nitrate en pleine joue des deux côtés ; nous n'avons obtenu que de la rougeur sans sueur, mais en tout cas pas de notable différence entre les deux côtés.

Au point de vue de la vaso-motricité, la joue malade est plus pâle, mais peut rougir par les émotions. Les températures locales sont égales des deux côtés.

Enfin, notre malade ne présente ni chute, ni décoloration des cheveux, des sourcils et des cils.

Au point de vue musculaire, la motilité est intacte aussi bien du côté du facial supérieur (occlusion des paupières) que du facial inférieur : la malade peut siffler, souffler, faire la grimace. Et cependant, l'atrophie musculaire est manifeste : on peut nettement la

Digitized by Google

constater sur l'orbiculaire des lèvres et sur le masseter. Notre malade ne présente pas les contractions fibrillaires qu'on a quelquefois notées. La contractilité électrique, dont l'examen a été obligeamment fait par M. le professeur Imbert, est normale.

Du côté du squelette, la palpation décèle une atrophie notable du rebord orbitaire de l'os malaire, du maxillaire supérieur, du maxillaire inférieur et des cartilages du nez. Pas de chute des dents.

Il existe dans notre cas une hémiatrophie frappant la langue et le voile du palais.

La moitié gauche de la langue est considérablement diminuée de volume. Cette hémiatrophie porte à la fois sur la partie antérieure de la langue et sur sa partie postérieure, située en arrière du V lingual ainsi qu'il résulte d'un examen dû à l'amabilité de M. le professeur Hédon, qui a bien voulu examiner également le larynx et les fosses nasales de notre malade. Mais cette langue hémiatrophiée peut être portée aisément à droite et à gauche ; sa pointe n'est pas déviée. L'hémiatrophie est pourtant d'une telle intensité qu'elle ne frappe pas uniquement la muqueuse et est bien le fait de l'atrophie des masses musculaires de la langue.

La sensibilité de la langue au contact, à la douleur et sa sensibilité gustative sont conservées.

L'hémiatrophie de la moitié gauche de la voûte palatine et du voile du palais est manifeste ; la luette ne paraît pas déviée.

Pour être complets, terminons en notant que la sécrétion lacrymale est normale ainsi que la sécrétion nasale. La muqueuse du nez ne présente de trouble d'aucun mode de sa sensibilité. La rhinoscopie a montré que le cornet inférieur gauche n'est pas atrophié et que la sécrétion de la muqueuse est normale. L'examen du larynx n'a révélé aucune altération de cet organe. Notre malade ne présente pas d'inégalité pupillaire ; ses deux pouls carotidiens paraissent égaux ; elle ne présente pas de scoliose.

Telle est l'observation que j'ai l'honneur de vous présenter. On a reproché aux descriptions classiques d'être extrêmement embellies, de viser un idéal, un modèle, le prototype du genre, le célèbre Otto Schwann, qui vivait en s'exhibant dans les diverse cliniquess et en vendant la photographie de ses deux profils ; mais voilà bien un type presque aussi complet.

Si l'étiologie de cette singulière affection nous paraît si obscure,

Digitized by Google

que nous ne saurions l'aborder, il nous semble intéressant de rechercher sa physiologie pathologique.

En somme, voilà une affection qui respecte la motilité, la sensibilité, les sécrétions, la vasomotricité, pour ne frapper que la trophicité et qui, poussant l'analyse plus loin que le physiologiste, semble isoler des fibres trophiques.

Pour expliquer la pathogénie de l'hémiatrophie faciale, deux grandes théories étaient en présence : la théorie bordelaise de l'aplasie lamineuse, celle qui est exposée dans la thèse inaugurale de Lande et qui voit dans l'affection une atrophie primitive du tissu cellulaire sous-cutané et une théorie nerveuse qui plaçait la lésion tantôt dans le nerf facial, tantôt dans le sympathique, tantôt dans le trijumeau.

La première théorie peut être facilement éliminée : il apparaît nettement, au simple aspect de notre malade, que nous nous trouvons en présence d'une affection nerveuse.

Pour les deux théories nerveuses invoquant une lésion du facial ou du trijumeau, le temps nous manque pour exposer les raisons qui militent pour ou contre chacune d'elles, mais dans notre cas nous pouvons les éliminer en bloc pour une seule et même raison : notre hémiatrophie ne se limite pas au territoire de l'un ou de l'autre de ces nerfs.

Le sympathique frappe bien un territoire aussi vaste que notre lésion, mais nous n'avons ni inégalité pupillaire, ni inégalité des pouls carotidiens, ni surtout de trouble vaso-moteur manifeste.

En présence d'une affection hémilatérale, envahissant plusieurs territoires nerveux (trijumeau, facial, hypoglosse, glosso-pharyngien), il est donc naturel de penser à une lésion de l'axe cérébro-spinal : c'est cette théorie qu'a exposée Brissaud dans une belle clinique sur les trophonévroses céphaliques.

Quelle est la lésion? Il semble difficile de le dire puisque nous n'avons dans la littérature médicale qu'une autopsie de Mendel où l'on s'est arrêté à une névrite interstitielle, qui pouvait n'être que secondaire chez un malade atrophié depuis de nombreuses années.

Brissaud, rapprochant des cas d'hémiatrophie faciale s'accompagnant d'hémiatrophie du tronc et des membres avec les hémiatrophies sans participation de la face qu'on constate dans les syringomyélies, émet l'hypothèse d'une syringo-encéphalie, d'une gliomatose de la substance grise periépendymaire bulbo-protubéran-

Digitized by Google

tielle. C'est là une hypothèse séduisante, mais qui aurait besoin de vérification anatomique.

Quoi qu'il en soit, nous concluons que, pour des cas comme le nôtre, la lésion nerveuse doit être transportée de la périphérie dans les centres.

Volumineuse hydrocéphalie

Accouchement spontané à terme, enfant mort

Par MM. Paul MOITESSIER et GUÉRIN-VALMALE

Mme X..., quintipare, âgée de 32 ans, ne signale rien d'intéressant dans ses antécédents pathologiques, à peine pouvons-nous mentionner quelques atteintes de rhumatisme.

De ses quatre grossesses antérieures, les trois premières donnèrent le jour à des enfants à terme, vivants, et encore aujourd'hui en très bonne santé ; la quatrième, au contraire, se termina par un avortement vers le troisième ou le quatrième mois. Celle-ci, ainsi que la grossesse actuelle, paraissent d'un auteur tout différent du père des trois premiers enfants.

Suivant ses calculs, notre cliente était à terme le 20 novembre dernier ; durant le cours de cette cinquième grossesse, elle n'a rien remarqué d'anormal et elle a toujours parfaitement perçu les mouvements de son enfant depuis le milieu du cinquième mois jusqu'au 23 novembre.

Ce jour-là, vers 10 heures du soir, elle venait de se coucher lorsqu'elle se sentit tout à coup mouillée d'un liquide assez abondant provenant du vagin et assez odorant.

Immédiatement appelée, une sage-femme constata que le col utérin avait toute sa longueur, que la poche des eaux était rompue et que dans le vagin s'écoulait du méconium presque pur.

A travers le segment inférieur, elle crut reconnaître, au niveau du détroit inférieur, une partie fœtale volumineuse, irrégulière, peu solide, mais surtout présentant, à côté de points résistants, d'autres parties plus dépressibles et plus molles, et elle conclut à une présentation du siège complet. Une version par manœuvres externes fut alors tentée qui ne réussit pas.

Les bruits du cœur fœtal n'étaient plus perceptibles et les contractions utérines assez rapprochées, qui existaient déjà, prirent au cours de l'examen le caractère de légers tiraillements lombaires.

Digitized by Google

Rien ne modifia l'état des choses durant la nuit et la journée du 24. Dans la nuit du 24 au 25, le travail débuta franchement, et le 25 matin vers 9 heures, il existait de sérieuses douleurs.

A 1 heure après midi, M. Moitessier, appelé en consultation, reconnaît par la palpation un enfant en présentation du sommet OIDP. Pas de bruits du cœur. Au toucher, la dilatation est d'environ 6 centimètres ; dans le col une poche bombe considérablement et se tend sous l'effort des contractions utérines. On pense à la poche des eaux, mais la sage femme affirme sa rupture et l'issue du méconium ; on craint alors une tumeur kystique.

A 4 heures 1/2, les contractions n'ont pas cessé ; la dilatation est complète, la poche liquide apparaît à la vulve, elle est couverte de fins cheveux. Serait-ce une méningocèle ?

Le toucher bidigital fait constater que les os du crâne ne sont perceptibles qu'au point le plus élevé de l'excavation, et que la poche descendue se comporte comme une vaste bosse séro-sanguine très allongée. Malgré de violentes contractions, le travail ne progresse pas, la tête paraît ne pas pouvoir s'engager. On parle d'une version interne, la femme prise de peur fait quelques violents efforts et la tumeur liquide se fixe à la vulve. Saisie alors par les deux mains, cette poche et la tête qui suit sont extraites par des tractions douces aidées de mouvements alternatifs de latéralité. La tête se dégage en OP ; deux circulaires très serrés autour du cou sont sectionnés et le reste du tronc sort très normalement. Il n'y a pas de déchirure.

Délivrance naturelle 20 minutes après, placenta d'aspect banal. Les suites de couches sont parfaites (36° le 3e jour), dès le cinquième jour l'accouchée aurait voulu se lever.

L'enfant, que nous avons tous deux examiné en détail, était une fillette et avait succombé avant sa naissance. Sa longueur totale était de 58 centimètres, dont la partie sus-ombilicale valait 36 centimètres.

Le tronc et les membres paraissaient de dimensions à peu près normales et ne présentaient aucune malformation apparente. On n'en pouvait dire autant de la tête.

Celle-ci nous offrait, au-dessus d'une petite face étriquée, un crâne énorme et déformé ; il avait subi évidemment un allongement très marqué, un véritable étirement dans le sens du diamètre mento-sus-occipital.

A un examen rapide, ce crâne présentait tous les caractères de

Digitized by Google

l'hydrocéphalie : os larges et minces, sutures et fontanelles très spacieuses, fluctuation manifeste intra-cranienne; mais à une étude plus attentive on reconnaissait un fait plus rare, c'est qu'il y avait une véritable hydrocéphalie mixte, c'est-à-dire interne et externe à la fois, ainsi que décrivaient les anciens auteurs.

En effet, le frontal était fortement reporté en avant ainsi que les deux pariétaux, l'occipital était refoulé en bas et en arrière, et au niveau de la petite fontanelle une tumeur liquide, volumineuse, à bords mal limités, s'étalait sur le squelette tout en maintenant les pariétaux éloignés de l'occipital et éloignés entre eux à leur partie postérieure. En ce point correspondant à la partie postérieure de la suture sagittale et à la petite fontanelle, la membrane qui eût dû réunir les os du crâne, manquait ou s'était déchirée et la cavité cranienne paraissait communiquer avec la tumeur liquide extra-cranienne. D'ailleurs, la petite fontanelle était ainsi très élargie et beaucoup plus vaste que la fontanelle antérieure.

Quoi qu'il en fût d'ailleurs à ce sujet, le volume de cette tête fœtale était relativement considérable comme on peut en juger par les mensurations suivantes, que nous avons prises nous-même :

Le diamètre	Bi P.	était de	16	centimètres.
»	Bi T.	»	10	»
»	Sous-OB.	»	15	»
»	Sous-MB.	»	13	»
»	O F.	»	18	»
»	Sus-O M.	»	23	»
La circonférence	Sous-OB.	»	44	»
»	Sous-MB.	»	40	»
»	O F.	»	46	»
»	Sous O-Bi P.	»	48	»

La pathogénie des phénomènes qui se sont produits dans ce cas nous paraît assez facile à déduire des observations faites.

Et tout d'abord, la cause de l'hydrocéphalie elle-même ne paraît-elle pas probable dans l'histoire obstétricale de l'accouchée. Trois grossesses à terme avec enfants normaux et vivants lorsqu'elle était en puissance de mari ; un avortement et un enfant hydrocéphale depuis qu'elle vit maritalement avec un individu quelconque. Qui ne songerait à la syphilis ?

Les autres points spéciaux s'expliquent aussi de façon assez rationnelle. Au début du travail, dès les premières contractions il y a rupture prématurée des membranes, et la tête au détroit supérieur va

Digitized by Google

supporter directement tout l'effort des contractions utérines. Deux conséquences immédiates de ce fait sont :

La mort de l'enfant, d'abord, par compression de l'encéphale et la rupture de la membrane qui obturait la fontanelle lambdoïde et la région postérieure de la suture sagittale. Aussitôt, une partie du liquide céphalorachidien de passer sous l'épicrâne, où il constitue la tumeur liquide sus-crânienne. La tête, restant maintenue au-dessus du détroit supérieur par son volume, se vide peu à peu dans cette tumeur liquide qui apparaît à la vulve, et alors, le crâne, réduit par cette évacuation, peut s'engager dans la filière pelvigénitale.

Tels sont les phénomènes qui nous paraissent avoir permis l'accouchement spontané en présentation du sommet et dans un bassin normal d'une tête hydrocéphale d'un volume relativement considérable.

Un point nous paraît aussi digne de remarque dans cette observation, c'est l'erreur de diagnostic que devait faire naître cette poche liquide descendant au devant de la tête.

Au toucher, on la prend pour la poche des eaux ; elle en avait bien des caractères, puisqu'elle se tendait même sous les contractions.

A la vulve, on pense à une méningocèle, on pouvait s'y tromper, et la hauteur de la tête ne permettait pas un examen facile du crâne osseux qui eût peut-être fait faire le diagnostic.

A ce sujet, nous n'avons rien à regretter, puisque la vie de l'enfant était depuis longtemps hors de cause, mais nous avons cru bien faire en vous communiquant cette curieuse observation, à défaut de la pièce anatomique que la famille a refusé de nous confier quelques instants.

VARIÉTÉS

—

La mort du baiser.

Depuis plusieurs années, il existe en Amérique, patrie d'adoption par excellence des idées « nouveau jeu », des ligues « antiosculatoires », c'est-à-dire destinées à empêcher les gens de s'embrasser. Jusqu'à présent, ces lignes se contentaient de répandre la bonne

Digitized by Google

parole, comme chez nous les ligues antialcooliques, ou les ligues contre l'abus du tabac.

Leurs membres engageaient les gens à faire une sélection parmi les personnes dignes de leurs baisers et à ne pas prostituer leurs lèvres sans raison. Et jusqu'à présent le zèle des ligueurs se bornait à persuader du danger de cette frénésie « osculatoire », qui paraît cependant incompatible avec le caractère froid et réservé des anglo-saxons.

Et si l'on disait en Amérique : « il est recommandé de ne pas s'embrasser », comme on dit en France « on est prié de ne pas cracher par terre », personne n'avait poussé les choses jusqu'à punir les embrasseurs.

Il appartenait à un médecin de prendre cette initiative et de proposer une sanction : « le Docteur Ware, membre du Parlement de Virginie, a soumis, dit la *Médecine Moderne*, à la Chambre dont il fait partie, un projet de loi tendant à limiter la pratique du baiser aux citoyens doués de poumons sains et d'une santé parfaite. D'après ce projet de loi, interdiction sous peine d'une amende de 1 à 5 dollars serait faite à toute personne d'en embrasser une autre à moins que l'embrasseur ne puisse établir, par témoignage du médecin de sa famille, qu'il est indemne de toute maladie infectieuse et de toute lésion pulmonaire ».

En d'autres termes, le baiser sera considéré, si cette loi passe, comme les délits qui relèvent, en France, des tribunaux de simple police. Et chaque citoyen devra se munir d'un certificat (probablement sur papier timbré) véritable « permis d'embrasser ». Dans ce délicieux pays, les femmes ne seront plus les seules à être « en carte. » Voilà une ressource nouvelle pour les médecins, surtout si on exige, comme c'est logique, le renouvellement tous les six mois de ce permis de chasse d'un nouveau genre.

Les Français, que les idées nouvelles indisposent bien souvent, verront dans la proposition du Docteur Ware une atteinte à la liberté individuelle, surtout au point de vue particulier des « droits de l'homme ». Les citoyens dont le principal titre honorifique est d'être contribuables, trouveront que notre confrère de Virginie a résolu le problème d'ajouter un impôt nouveau aux innombrables taxes qui frappent déjà les objets qui rendent la vie supportable, comme l'alcool, le tabac et la bicyclette.

En y réfléchissant, je ne vois pas que l'idée des promoteurs des ligues antiosculatoires soit absurde. Le baiser, en dehors du baiser

Digitized by Google

d'amour, chanté par les poètes, et que si peu de gens ont reçu ou donné, hélas ! est un geste suranné, malpropre et dangereux.

Il est suranné, car je ne vois pas en quoi il est utile, pour manifester sa joie, d'essuyer ses lèvres sur les joues d'un parent ou d'un ami. Chez certaines peuplades, on salue, en frictionnant son nez contre le nez de celui à qui on rend hommage. Nous trouverions cette façon de saluer grotesque. La poignée de main, geste de cordialité et de franchise par excellence, qui traduit avec précision la sympathie, l'affection, — ou l'indifférence courtoise — me paraît largement suffisante pour les transactions de politesse affectueuse de la vie courante.

Si l'on n'en abusait pas, le baiser serait encore tolérable ; mais les enfants en sont les martyrs. Il est admis qu'à la vue d'un enfant dont on connaît les parents, on doit se précipiter immédiatement sur cet enfant et le couvrir de baisers. Pourquoi ? Si on me le disait, on me ferait bien plaisir.

Le baiser est un geste malpropre ; si vous regardiez la bouche des personnes qui embrassent à tort et à travers, vous éprouveriez plutôt du dégoût. Et, instruits par leur profession, les dentistes n'aiment guère à ce qu'on embrasse leurs enfants.

Si l'on songe enfin à la quantité de gens qui sont tuberculeux, syphilitiques, ozéneux, ou même simplement enchifrenés et dont la salive est pathogène, combien de baisers impurs qui se distribuent chaque jour, par la seule force de cette habitude archaïque. M. Remlinger a compté combien de microbes étaient accumulés, même après un bain, sur un centimètre carré de peau de la face : ils se chiffrent par milliers. Mais on a oublié, que je sache, de calculer combien de microbes chaque baiser pouvait enlever ou ajouter à l'embrassé. Ce serait intéressant à savoir.

Je verrais donc, sans regret, disparaître de nos usages le baiser d'amitié et le baiser de politesse qu'on donne aux enfants. Et je me demande si les intellectuels ne devraient pas donner l'exemple et cesser de se souiller inutilement les lèvres en souillant le visage des autres, dans ce geste sans grâce, qui ne procure aucune sensation voluptueuse, et n'a même pas l'attrait du fruit défendu. On a supprimé, du moins en France, les châtiments corporels. Supprimons le baiser, plus inutile et plus dangereux encore que la férule aiguë et la giffle retentissante.

Digitized by Google

BIBLIOGRAPHIE

Consultations sur les maladies des voies urinaires à l'usage des praticiens, par G. de Rouville, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. Paris, J.-B. Baillière et Fils, édit., 1903.

Après avoir publié, en collaboration avec M. le docteur Braquehaye, un volume de *Consultations chirurgicales,* qui « n'avait d'autre prétention que de servir de guide au praticien, lui indiquant la conduite à tenir dans les cas les plus fréquents et lui rappelant les procédés usuels de la chirurgie courante », M. G. de Rouville a écrit, seul, en 1902, ses *Consultations de Gynécologie,* dont il a été parlé dans ce même journal. Aujourd'hui, il présente au public médical un nouveau volume de *Consultations* qu'il consacre aux *maladies des voies urinaires.*

Le cadre et le plan n'ont pas changé. Chaque chapitre est précédé d'un exposé clinique de la maladie dont le traitement va être indiqué. En ces sommaires, fortement condensés, le tableau de la maladie est, comme dans les volumes antérieurs, retracé avec exactitude et vigueur. Mais, en entrant dans le domaine des spécialités chirurgicales, l'auteur a été nécessairement conduit à élargir son programme primitif.

Il ne s'agit plus ici seulement des « cas les plus fréquents, des procédés les plus usuels ». Si l'auteur traite excellemment de la banale blennorragie, de l'héréditaire phimosis, et de l'accidentel paraphimosis ; s'il consacre des pages substantielles au traitement des rétrécissements de l'urètre, des cystites, des prostatites, etc.; s'il insiste sur tous les modes d'exploration des différentes parties de l'appareil génito-urinaire, il aborde aussi les maladies les plus graves, en établit les indications thérapeutiques et indique les moyens de les remplir.

On trouve ainsi décrites des affections et des interventions opératoires qui ressortissent à la grande chirurgie, telles : la néphrostomie lombaire, à propos de l'anurie calculeuse; la taille hypogastrique; la néphrorraphie ou néphropexie, à propos du rein mobile; les urétroplasties pour les différents hypospadias ; l'extirpation des tumeurs de la vessie; le cathétérisme rétrograde, etc...

Digitized by Google

Tout cela est écrit avec précision et concision, avec méthode et clarté ; la lecture du texte est rendue plus facile par l'intercalation de nombreuses figures, reproduisant pour la plupart des photographies. Les praticiens ne sauraient donc trouver un guide plus sûr dans les difficultés journalières de la pratique. Aussi pensons nous, avec M. le docteur Tuffier, qui a bien voulu écrire pour l'ouvrage une préface élogieuse, que M. de Rouville retrouvera avec ce livre les succès que lui ont déjà valu ses volumes de consultations antérieurement publiés.

P. GILIS.

MÉMENTO DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la Cystite tuberculeuse.

1° *Traitement général antituberculeux ;*

2° *Traitement local.*

Il faut se souvenir de deux principes fondamentaux :

a) La cystite tuberculeuse étant en général une cystite douloureuse, il faut s'abstenir d'injections ou de lavages vésicaux : ceux-ci n'ont d'autre résultat que de distendre une vessie intolérante, c'est-à-dire de réveiller les douleurs. Toutes les applications thérapeutiques locales doivent se faire avec de faibles volumes de médicaments, sous forme d'instillations, de préférence.

b) Il faut se garder d'employer le nitrate d'argent, qui rend tant de services dans les autres cystites. Il est établi que ce topique influence défavorablement la cystite tuberculeuse et peut même l'aggraver d'une façon très appréciable.

Les analgésiques généraux, surtout la morphine en suppositoires, donnent des résultats satisfaisants mais passagers.

Tous les analgésiques vésicaux que l'on a employés ont plus ou moins échoué, tels l'antipyrine, la cocaïne, l'orthoforme.

Les seuls médicaments qui aient donné quelques résultats sont le gaïacol, le sublimé et l'iodoforme. Ils ne doivent être employés que sous forme d'instillations ne dépassant pas 2 à 3 centimètres cubes et qui doivent être faites *dans la vessie et l'urètre postérieur*. Le gaï-

Digitized by Google

acol s'emploie sous la forme d'*huile gaïacolée à* 5 o/o, le sublimé en solution aqueuse très faible, en commençant par le 10.000e ou même le 20.000e, suivant la sensibilité des malades, pour aller au 5.000e et même au-delà. L'iodoforme peut être utilisé sous la forme d'*huile iodoformée à* 1 *ou* 2 o/o.

Bazy a proposé de faire un *pansement permanent* de la vessie en injectant 20 à 30 cc. d'une solution huileuse d'iodoforme à 5 o/o et en recommandant au malade d'arrêter sa miction lorsque l'huile apparaît : on peut arriver ainsi à la garder dans la vessie pendant quelques jours. Il ne m'a pas semblé que ce procédé fût supérieur aux simples instillations.

Enfin, il m'est arrivé de voir des tuberculeux vésicaux ou rénaux très fortement améliorés par la Preste ou Capvern : il y a là, je crois, une ressource à ne pas perdre de vue.

Il faut savoir, du reste, que la tuberculose vésicale est une affection extraordinairement tenace, qui ne guérit guère, mais qui est compatible parfois avec une assez longue existence ; un traitement bien dirigé, s'il n'aboutit pas à la guérison, amène cependant un soulagement prononcé et prolongé que le malade ne considère nullement comme négligeable : il est nécessaire de changer le topique de temps à autre pour éviter l'accoutumance.

3° Le *traitement sanglant* ne donne guère de meilleurs résultats. Le curettage, la cystectomie, etc., sont à peu près abandonnés. La seule intervention encore pratiquée est la *taille hypogastrique,* destinée à mettre la vessie au repos. Elle ne me paraît légitime que dans les formes très douloureuses qui rendent l'existence insupportable : encore ses résultats sont-ils loin d'être toujours favorables.

Dr L. Imbert.

NOUVELLES

—

Concours pour une place de Professeur-Suppléant des chaires de Philosophie et Clinique obstétricale a l'Ecole de Médecine de Marseille. — Le concours s'est ouvert le 6 janvier 1903 et s'est terminé le 9 janvier. Le jury se composait de MM. les professeurs Forgue président ; Truc, Queirel, Puech, Delanglade, juges.

1° Epreuve écrite de 5 heures. — Question : *Rapports de l'es-*

Digitized by Google

tomac. Rétrécissements non cancéreux du pylore. Les questions restées dans l'urne étaient : Col de l'utérus. Epithélioma du col utérin. Ligaments de l'utérus. Des déplacements en arrière de l'utérus. Sinus de la face. Traitement des dacryocystites. Péritoine pelvien. Torsion du pédicule dans les tumeurs de l'ovaire.

2° Epreuve de médecine opératoire. — Question : *Amputation carpo-métacarpienne de l'index, soit extirpation de l'index et de son métacarpien.*

3° Leçon de 3/4 d'heure, après 3 heures de préparation. — Question : *Indication de la trépanation en dehors des traumatismes.* Les questions restées dans l'urne étaient : Abcès chauds et froids de la mamelle. La hernie crurale. Malformations congénitales ano-rectales. La tuberculose génitale chez la femme.

4° Epreuve de clinique chirurgicale sur 2 malades.

5° Epreuve de clinique obstétricale sur 2 femmes.

A la suite de ces épreuves, le jury, tenant compte des titres et travaux scientifiques des candidats, a fait le classement suivant : 1° M. Reynès ; 2° M. Platon ; 3° M. Dallest, et proposé *M. Reynès* au choix de M. le Ministre de l'Instruction publique.

—

Concours pour une place de Professeur-Suppléant des chaires de Pathologie et de Clinique médicales a l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Marseille. — Le concours s'est ouvert le mardi 6 janvier 1903 devant la Faculté de Médecine de Montpellier.

Composition du Jury :

MM. Grasset, professeur de clinique médicale, président ;
Ducamp, professeur de pathologie interne ;
Bosc, professeur d'anatomie pathologique ;
D'Astros, professeur de clinique infantile à l'Ecole de Marseille;
Oddo, professeur de pathologie interne à l'Ecole de Marseille.

Candidats : MM. les docteurs Olmer, Sépet, Michel.

Epreuves :

Epreuve écrite : Durée, 5 heures. Sujet proposé : Types cliniques et diagnostic des paralysies bulbaires.

Epreuve orale : Leçon de 3/4 d'heure après 3 heures de réflexion. Sujet proposé : Les vomiques.

Epreuve clinique : 20 minutes d'examen, 20 minutes de réflexion, 20 minutes d'exposition. Diagnostic des deux maladies à examiner :

1° Sclérose en plaques à forme fruste ;

2° Anévrysme de l'aorte.

Digitized by Google

Epreuve de laboratoire : Durée, 4 heures. Sujets proposés :

1° Préparation d'une pièce incluse dans la paraffine : tuberculose pulmonaire ancienne compliquée de pneumonie à la période d'hépatisation grise ;

2° Urine centrifugée contenant des globules de pus, des cellules épithéliales et des cylindres ;

3° Crachats tuberculeux.

CLASSEMENT : 1er, M. Olmer ; 2e, M. Sépet. *M. Olmer* est proposé au choix de M. le Ministre.

Nos félicitations.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Tableau des Actes du 15 au 20 Décembre 1902.

Mardi, 8 h. 1/2, 2e examen, examinateurs : MM. Vialleton, Imbert, Hédon ; candidats : MM. Martin, Mednikarof, Saussine.— Midi 1/2, 3e examen, 1re partie, examinateurs : MM. Estor, Vallois, Imbert ; candidats : MM. Répanis, Matteron, Leguyer. — Midi 1/2, 3e examen, 2e partie, examinateurs : MM. Granel, Ducamp, Vedel ; candidats : MM. Papadopoulos, Reyne, Zenoff.— Midi 1/2, 4e examen, examinateurs : MM. Sarda, Bertin-Sans, Galavielle ; candidats : MM. Morucci, Olivieri.

Mercredi, midi 1/2, 3e examen, 1re partie, examinateurs : MM. Truc, Jeanbrau, Vallois ; candidats : MM. Robert, Astre.— Midi 1/2, 3e examen, 2e partie, examinateurs : MM. Ducamp, Bosc, Vires ; candidats : MM. Mantaphounis, Poppoff.— Midi 1/2, 4e examen, examinateurs : MM. Hamelin Sarda, Rauzier ; candidats : MM. Cayla, Déleon Brunet. — 10 heures, 5e examen, 1re partie, examinateurs : MM. Tédenat, Puech, de Rouville ; candidats : MM. Baïtcheff, Rigal, Sagols.

Jeudi, 8 h. 1/2, 2e examen, examinateurs : MM. Vialleton, Ville, Poujol ; candidats : MM. Tchillian, Vignes, d'Alberti. — Midi 1/2, thèse, examinateurs : MM. Forgue, Hamelin, Brousse, Jeanbrau ; candidat : M. Rakotobé.

Vendredi, midi 1/2, 3e examen, 1re partie, examinateurs : MM. Gilis, Vallois, de Rouville ; candidats : MM. Battandier, Castagnoni, Danillon.— Midi 1/2, 3e examen, 2e partie, examinateurs : MM. Ducamp, Granel, Vires ; candidats : MM. Rouvière, Dullin, Golfschneider. — Midi 1/2, thèse, examinateurs : MM. Grasset, Bosc, Rauzier, Vedel ; candidat : M. Oggnianoff.

Samedi, midi 1/2, 3e examen, 1re partie, examinateurs : MM. Truc, Estor, Puech ; candidats : MM. Delmas, Duhamel, Niel.— Midi 1/2, thèse, examinateurs ; MM. Carrieu, Tédenat, Rauzier, Vallois ; candidat : Mme Kanter.

L'Éditeur-Gérant : P. DELORD-BOEHM.

Montpellier. — Imprimerie DELORD-BOEHM ET MARTIAL.

Digitized by Google

N° 4 25 JANVIER 1903. TOME XVI

MONTPELLIER MÉDICAL

Journal Hebdomadaire paraissant tous les Dimanches

LES FISTULES URÉTHRO-RECTALES

Par M. le Professeur **TÉDENAT**

Les fistules uréthro-rectales sont infiniment plus rares que les autres variétés de fistules de l'urèthre. Créant souvent une véritable infirmité et de cure toujours difficile, elles méritent plus d'attention qu'on ne leur en accorde dans les Classiques, où elles sont à peine mentionnées. C'est la raison qui m'a déterminé à ajouter quelques remarques et des observations nouvelles à celles que j'ai présentées à la Société de chirurgie de Paris (1900).

Etiologie. — Nous trouvons ici les abcès de la prostate, les traumatismes, les rétrécissements.

A. La plupart des fistules uréthro-rectales sont la conséquence d'une suppuration de la prostate, intra et périprostatique, presque toujours d'origine blennorrhagique L'infection peut être récente ou ancienne. Un coup de froid, des excès génitaux, l'abus du cheval ou de la bicyclette, déterminent une exacerbation et l'extension du mal aux canaux et au tissu interstitiel de la prostate. Assez souvent aussi, il existe, datant d'une période aiguë plus ou moins lointaine, un état infectieux intra-canaliculaire de la glande, latent ou à symptômes atténués, qui s'aggrave et arrive à suppuration,

Digitized by Google

sous l'influence des causes que j'ai déjà mentionnées. Cette endocanaliculite gonorrhéique est très fréquente. Joseph Vanderpœl (*Boston medic. journal,* février 1902) l'a trouvée dans 30 °/₀ des cas. Méfiez-vous des uréthrites qui s'éternisent et résistent aux lavages, aux instillations. Elles tiennent souvent à l'inflammation des glandes de Cowper ou de la prostate qui ne se manifeste que par des symptômes discrets d'uréthrite postérieure (filaments dans l'urine, vague pesanteur au périnée, douleur sourde au gland...). Le toucher rectal, le massage de la prostate renseignent sur l'état de la glande et doivent être pratiqués soigneusement dans tous les cas où les filaments dans l'urine, avec ou sans symptômes douloureux, avec ou sans les pseudo-éjaculations accompagnant la miction ou la défécation, persistent malgré les traitements topiques appliqués selon les méthodes de la chirurgie actuelle.

Quelles que soient les conditions étiologiques, dans la moitié des cas (21/43 d'après les relevés de Segond), les abcès périprostatiques s'ouvrent à la fois dans le rectum et l'urèthre, parfois aussi en même temps au périnée. Heureusement, tous ceux qui ont cette évolution ne se terminent pas par fistulisation définitive. Beaucoup se ferment quand il n'y a pas de rétrécissement de l'urèthre, si on veille à une facile évacuation de la vessie et du rectum. Je l'ai vu plusieurs fois, notamment dans quatre cas observés pendant mon internat à l'Antiquaille de Lyon.

S'il en était autrement, on ne comprendrait pas le conseil donné par divers spécialistes d'inciser les abcès de la prostate par voie rectale et encore moins que la taille recto-vésicale de Samson ait eu jadis quelques adeptes, fort rares, il est vrai.

J'ai vu huit cas de fistules uréthro-rectales anciennes et dûment établies. Six fois, elles reconnaissaient pour cause une prostate blennorrhagique suppurée Mes observations

Digitized by Google

confirment donc l'opinion de H. Morris, Tilden Brown, Gouley.

Parmi les classiques, d'ailleurs, il n'est guère que Voillemier pour faire la part presque nulle aux suppurations de la prostate dans la genèse des fistules dont je m'occupe. Pour lui, « on n'observe guère cette espèce toute particulière des fistules qu'à la suite de la taille périnéale ». Il les déclare, du reste, presque toujours incurables, ce qui n'est heureusement plus exact, grâce aux méthodes nouvelles appliquées à leur traitement.

B Les *traumatismes* accidentels et plus encore les tailles périnéales, la latéralisée comme la médiane, peuvent produire diverses lésions du rectum. Un calcul volumineux peut, au cours d'une extraction pénible et forcée, contusionner et déchirer les tissus. Dans ces conditions et l'infection aidant, des sphacèles plus ou moins étendus pourront établir, à la chute des eschares, des communications secondaires plus ou moins larges entre le rectum et la vessie ou la partie profonde de l'urèthre.

En novembre 1874, j'ai assisté mon maître, le professeur Valette, dans une taille prérectale pour un gros calcul uratique. L'opération fut faite suivant les règles et avec l'habileté que mettait à la taille cet éminent chirurgien. L'extraction fut rendue difficile par le volume de la pierre et par l'énorme épaisseur du périnée. A partir du cinquième jour, après élimination de parties sphacélées, des gaz et des matières fécales passèrent avec l'urine par la plaie. L'anus fut fendu jusqu'à la fistule sur la ligne médiane, et, grâce à des lavages que je pratiquais deux ou trois fois par jour, la guérison était complète le trente-deuxième jour.

Ordinairement, c'est l'instrument tranchant employé à la section de la prostate qui lèse le rectum plus ou moins haut et y fait une entaille presque toujours très courte, le plus

Digitized by Google

souvent une simple piqûre. Il semblerait que le lithotome caché de frère Côme donne plus de garanties contre la lésion du rectum. Il en est bien ainsi, quand on retire, dans la direction convenable, l'instrument armé au degré voulu. Mais, si on relève le manche vers le pubis, il y a une action de levier qui, étant donnée la longueur de l'instrument, pourra produire des plaies longues et profondes de l'intestin et du périnée. J'ai vu, chez un enfant de 4 ans, une véritable estafilade, et je dus, six mois plus tard, quand le malade me fut adressé, faire une suture du trajet fistuleux qui persistait.

Aussi, à l'exemple des chirurgiens anglais et américains qui se sont ingéniés à inventer des *Lithotomy Knives*, j'employais un bistouri à lame étroite et longue pour faire la section prostatique, à l'époque déjà lointaine où je pratiquais la taille périnéale. Je n'ai jamais eu d'accidents à déplorer.

Il faut aussi savoir que les plaies du rectum au cours de la taille périnéale, plus fréquentes qu'on ne le suppose (Erichsen), ne sont pas aussi graves qu'on le croit. « Une petite plaie du rectum, dit Bryant (*The Practitce of Surgery*, vol. II, pag. 117), est ordinairement sans importance. Si elle ne guérissait pas, on la traiterait comme une fistule à l'anus par section du sphincter. Quand il y a sphacèle, même étendu de la paroi rectale, le plus souvent la guérison se fait bien ».

John Eric Erichsen, Arthur Cabot, Gross, expriment la même opinion quant à la bénignité et au traitement des blessures du rectum au cours de la taille périnéale. Je suis d'avis que, dans bien des cas, le mieux serait, en pareille occurrence, de séparer le rectum de l'urèthre par une incision transversale et de pratiquer la suture du rectum à peu près comme je l'ai fait, après A. Cooper et Dittel, pour la cure des fistules uréthro-rectales typiques. Il faut, avant tout, laisser de côté la taille périnéale chez les sujets gras, chez les constipés à rectum dilaté et flasque, qui déborde

Digitized by Google

au moindre effort. Et puis, les indications de la taille périnéale sont si restreintes entre la litholapaxie et la cystotomie suspubienne, que l'occasion d'observer des lésions rectales consécutives à cette opération sera vraiment d'une extrême rareté.

Les *corps étrangers* migrant du rectum vers l'urèthre et la vessie, ou *vice versâ,* sont, par grande exception, cause de fistules entre ces organes (Morris, Harrison).

Moins rarement interviennent les *traumatismes accidentels.* Je me contenterai des deux exemples suivants :

Observation Première
(Harrison)[1]

En 1871, je vis, en consultation avec les docteurs W. Horrocks et C. Hill, un enfant de 15 ans qui, en passant entre le tender et un wagon, s'empala et fut en outre fortement serré. Quand je l'examinai, il portait une plaie lacérée entourant le rectum. L'urèthre membraneux et la face postérieure de la vessie étaient à nu, mais point déchirés. Dix jours plus tard, l'urine et les matières fécales s'échappaient du rectum en voie de sphacèle. Le malade finit par guérir, mais toute l'urine passait par le rectum.

Je revis le blessé quinze ans après. Je fus surpris, étant donnée l'étendue des lésions, de le trouver en un état fonctionnel relativement confortable. Le rectum remplissait le double rôle de réservoir pour l'urine et les fèces. L'urèthre membraneux, la prostate et une partie de la face postérieure de la vessie manquaient. Toute opération plastique me parut impossible.

Observation II
(Tédenat)

Emile B..., 40 ans, de Vauvert, reçut, par derrière, un coup de corne de taureau, qui perfora l'anus et la région membrano-pros-

[1] R. Harrison. Surgical disorden of urinares organ, pag. 344.

Digitized by Google

tatique. Dès le lendemain, l'urine s'écoula tout entière par le rectum. Après des accidents locaux inflammatoires graves, le malade me fut adressé, le 10 mai 1885, deux mois après l'accident.

Toute l'urine passe par le rectum, goutte à goutte, dans l'intervalle des mictions, qui se font avec épreintes douloureuses environ toutes les heures. Alors, avec l'urine, s'échappent des concrétions fécales et phosphatiques. Une bande de tissu cicatriciel épaisse bride la moitié antérieure du pourtour de l'anus. Elle remonte à trois centimètres de hauteur et limite un orifice large de deux centimètres situé en pleine prostate. Une sonde introduite par l'urèthre est arrêtée à la région membraneuse, et le doigt introduit dans le rectum la sent buter à un centimètre en avant du trajet fistuleux.

14 mai. Après lavages répétés du rectum, je pratique une incision transversale à la limite antérieure de la bande cicatricielle, à deux centimètres en avant de l'orifice anal. J'arrive sur le bec d'une sonde introduite par l'urèthre que je sépare à petits coups de ciseaux de la face antérieure du rectum. Je dépasse de deux centimètres par en haut l'orifice rectal du trajet fistuleux. Ce temps de l'opération est délicat et pénible à cause de la dureté des tissus. J'applique trois points de suture sur le rectum, la fistule est bien fermée. J'incise d'avant en arrière sur la sonde le tissu cicatriciel qui oblitère la région membraneuse, mets dans la vessie un drain qui sort par l'incision périnéale.

La suture de la solution de continuité du rectum réussit, sauf une menue fistulette, et la cicatrisation ne fut complète que le 8 juin. Je pratiquai alors des cathétérismes (Béniqué 54-56) tous les trois jours; la plaie périnéale se rétrécit mais laissait toujours passer environ la moitié de l'urine. Le malade rentra chez lui le 22 juin.

Il revint le 10 octobre suivant; le cathétérisme, maladroitement fait, avait été abandonné après la quatrième séance, et presque toute l'urine passait par la fistule encroutée de phosphates. Je fis, le 14 octobre, une uréthrotomie externe avec six points de suture à anse unique comprenant toute l'épaisseur des tissus moins la paroi uréthrale. Cicatrisation *per primam* complète le 21 octobre.

J'ai revu plusieurs fois le malade jusqu'en 1896 Son urèthre restait large, malgré la rareté des cathétérismes, d'ailleurs faciles, et les mictions se faisaient dans les conditions normales.

C. *Rétrécissements de l'urèthre.* — On sait que la plupart

Digitized by Google

des fistules consécutives aux rétrécissements de l'urèthre occupent le périnée antérieur; par exception, elles sont situées en arrière de la ligne büschiatique.

« Les fistules uréthro-rectales et les fistules uréthro-rec-« to-périnéales sont rarement la conséquence des rétrécis-« sements. J'en ai vu deux cas. Un chez un phtisique *in* « *extremis*. Je ne vis rien à tenter. L'autre guérit par la « dilatation de l'urèthre [1]. »

« Les fistules uréthro-rectales sont exceptionnelles dans « les rétrécissements [2]. » Telle est aussi l'opinion de Tilden Brown [3], pour qui les rétrécissements de la région membraneuse prédisposent seuls aux fistules recto-uréthrales.

J'ai observé un seul fait de fistule uréthro-rectale liée à un rétrécissement, mais dans les conditions complexes que je vais relater.

Observation III.

(Tédenat et Dusser).

Tuberculose ulcéro-papillaire de tout le pourtour de l'anus. Excision, suture, guérison. Récidive partielle quatre mois après. Thermo-cautérisation suivie de cicatrisation parfaite et qui a duré. Quinze mois après, grave hémorragie au niveau d'une ulcération située à dix centimètres de l'anus, sur la face postérieure de la muqueuse rectale. Thermo-cautérisation, guérison. Deux mois après, fistule uréthro-rectale sans accidents nets de prostatite et paraissant reconnaître pour cause un rétrécissement très étroit traité dix ans auparavant par divulsion. La fistule guérit rapidement dès qu'une uréthrotomie interne eut donné au canal un large calibre (29 de la filière Charrière).

Paul L..., 40 ans, bien constitué, toujours bien portant, m'est adressé par mon ami le Docteur Augé (de Fabrezan) pour des lésions de la marge de l'anus qui remontent à quatre mois. Ce sont

[1] Gouley. *Diseases of urinary organs.* p. 243. Edit. 1873.

[2] Hamonic. *Traité des rétrécissements de l'urèthre.* Paris 1893.

[3] Tildon Brown *A system of genito-urinary diseases by Prince A Morrow.* 1893.

Digitized by Google

de très nombreuses ulcérations arrondies, de 2 à 4 millimètres de diamètre, à fond gris jaune, à bords décollés. Quelques rares ulcérations polycycliques par fusion d'ulcérations contiguës. Disséminées entre les ulcérations existent des papilles ayant l'aspect typique de la tuberculose verruqueuse cutanée de Riehl et Paltauf. Tout le pourtour de l'anus est affecté sur une bande de 15 et 25 millimètres de large suivant les points. En arrière, ulcération remontant à 2 centimètres dans la cavité. L'examen microscopique confirme le diagnostic clinique de lésions bacillaires.

Le malade souffre, surtout au moment de la défécation. Il a maigri, est pâle ; on ne trouve rien ni aux ganglions, ni aux poumons.

25 mai 1899. — Anesthésie Excision large de toute la surface atteinte, suture de la muqueuse à la peau, comme dans l'opération de Whitehead pour les hémorrhoïdes. En arrière, le sphincter lésé sur une petite étendue est excisé.

10 juin. Réunion complète, sauf en arrière, où une petite ulcération reçoit le thermo-cautère le 12 et le 21 juin. Cicatrisation parfaite le 1er juillet.

Dans les derniers jours d'octobre, le docteur Augé constate l'existence d'une ulcération au niveau de la commissure postérieure de l'anus, là où avait manqué la réunion immédiate. Elle gagna en dix jours environ le tiers postérieur de la circonférence. Le 8 novembre, je pratiquai une cautérisation énergique avec le Paquelin ; des pansements avec l'iodoforme, le permanganate de potasse amenèrent la guérison en cinq semaines (15 décembre 1899).

Le malade avait repris bonne santé générale. La cicatrice périanale était ferme, de bon aspect, sans la moindre hypertrophie chéloïdique.

Le 5 mars 1901, après deux ou trois jours de malaises au fondement, une hémorragie anale très abondante avec caillots se produisit. Le docteur Cordès (de Carcassonne) appliqua des lavements styptiques, fit des injections sous cutanées d'ergotinine, etc. Appelé auprès du malade, le 6 mars, je le trouvai exsangue, avec la voix éteinte. Je vis le sang perdu ; l'hémorragie avait été de celles qui mettent la vie en danger.

Avec une longue valve étroite, je découvris sur la paroi postérieure du rectum, à une profondeur de dix centimètres, une ulcération arrondie de un centimètre de diamètre, gris jaune, avec des papilles verruqueuses, à bords décollés, donnant un suintement sanguin. Séance tenante, thermo-cautérisation énergique.

Digitized by Google

Le sang ne reparut plus, et le malade reprenait lentement des couleurs et des forces, quand, le 8 mai, après deux ou trois jours de gêne douloureuse pour uriner et de battements inflammatoires à l'anus, il rendit la presque totalité de son urine par cet orifice. Il revint à Montpellier le 25 mai 1901.

Presque toute l'urine passait par l'anus au moment des mictions, qui avaient lieu en moyenne toutes les heures. Je découvris l'orifice de la fistule à deux centimètres au-dessus du bord anal. Il était arrondi, large de un centimètre, à bords nets et sans aucune apparence de lésions tuberculeuses. La prostate et les vésicules séminales ne présentaient non plus aucune nodosité tuberculeuse.

Interrogé, le malade nous apprit que, dix ans auparavant, il avait été soigné d'un rétrécissement de l'urèthre. On avait fait la dilatation forcée suivie d'hémorragie, de réaction inflammatoire vive. Il s'était cru radicalement guéri sur l'affirmation du médecin qui l'avait soigné.

Je n'avais pas grand enthousiasme pour une opération directe de la fistule. Comment se cicatriseraient ces tissus de cicatrice, pourtant souples ?

L'exploration du canal me démontra l'existence d'un long rétrécissement, commençant à l'angle prépubien de la verge, admettant à peine une bougie filiforme.

29 mai. Uréthrotomie interne avec le Maisonneuve, qui coupe difficilement le tissu très dur de la coarctation. Sonde 15 à demeure pendant trois jours.

La dilatation est commencée le septième jour (6 juin). Elle marcha mal : malgré des lavages du canal avant et après chaque séance, le malade avait des douleurs, un peu de fièvre. Le canal se rétrécissait au lieu de se dilater.

25 juin. Nouvelle uréthrotomie avec le Maisonneuve coupant la paroi antérieure, puis le Civiale coupant la paroi postérieure. Le résultat fut excellent, et, le 12 juillet, le 29 de Charrière passait aisément. L'urine était claire, l'appétit excellent, les forces revenaient.

La fistule uréthro-rectale était complètement fermée le 21 juillet. Depuis, la guérison reste parfaite ; le malade passe le 28 Béniqué (filière de Charrière) tous les 15 jours. Tout est bien pour le rectum-anus, comme pour la vessie et l'urèthre.

Digitized by Google

Anatomie pathologique. — Quelques points méritent une mention :

L'orifice uréthral occupe la région prostatique dans presque tous les cas ; à la suite d'un traumatisme, ainsi que le montre une de mes observations, il peut s'ouvrir dans la région membraneuse, mais c'est très rare (Tilden Brown).

L'orifice rectal est presque toujours plus bas que l'orifice uréthral. En général, on le trouve à trois ou quatre centimètres au-dessus de l'orifice anal. Dans deux cas, j'ai noté une disposition valvulaire due au décollement de la muqueuse au pourtour de l'entrée de la fistule. Cette pseudo-valvule met obstacle, dans bien des cas, à la pénétration des matières fécales dans le trajet fistuleux.

En général, le trajet de la fistule est à peu près rectiligne et ne présente pas des sinuosités notables. On trouve aussi, dans la plupart des cas, un clapier de dimensions variables, presque toujours minimes, où se rendent les portions rectale et uréthrale de la fistule. Il arrive aussi que du clapier, soit intra soit rétro-prostatique, parte un conduit fistuleux qui s'ouvre au périnée.

Symptomatologie. — L'urine passe toujours en quantité plus ou moins grande par le rectum ; parfois, presque toute prend la voie rectale. Plusieurs facteurs interviennent ; la longueur du trajet fistuleux, sa rectilignité, ses coudures, le calibre de l'urèthre. Il est notoire qu'un rétrécissement situé en avant de la fistule fait prendre à l'urine la voie rectale, que dans quelques cas (obs. III) la suppression de la sténose aura pour conséquence heureuse la guérison du trajet fistuleux.

Dans bien des cas, le contenu du rectum ne passe pas dans l'urèthre ; d'autres fois, des gaz s'échappent par le méat soit lors des mictions, surtout à la fin, soit dans l'intervalle des mictions. Il est difficile d'indiquer les conditions anatomi-

Digitized by Google

ques qui favorisent ou empêchent le passage du contenu intestinal dans l'urèthre.

Le *diagnostic* d'une fistule urétho-rectale est en général facile. On tiendra compte des antécédents pathologiques (signes de prostatite suppurée antérieure, de lésions traumatiques...). Le passage de l'urine dans le rectum, se faisant seulement lors des mictions, est en faveur d'un trajet fistuleux de la partie antérieure de la région prostatique ; son passage en dehors des mictions laisse le diagnostic en suspens entre une fistule vésico-intestinale et une fistule prostato-intestinale. On s'efforcera alors de trouver l'orifice rectal, de cathétériser le trajet de cet orifice vers l'orifice urinaire. L'introduction d'une sonde et aussi la cystoscopie permettront presque toujours de préciser le diagnostic.

Il va sans dire qu'on devra aussi établir la nature du processus qui a déterminé la communication fistuleuse (fistules par abcès franc, par ulcérations tuberculeuse ou cancéreuse). Le pronostic et les indications thérapeutiques sont tellement différents suivant la pathogénie, qu'il est inutile d'insister. On ne pensera guère à intervenir dans le cas d'ulcération tuberculeuse fistulisée et point du tout s'il y a cancer.

(A suivre).

Digitized by Google

LE
SÉRO-DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE
REVUE GÉNÉRALE ET NOUVELLE STATISTIQUE

Par le Dr **A. LAGRIFFOUL**
Chef des Travaux de Microbiologie à la Faculté de Médecine
Ancien Chef de Clinique médicale, Licencié ès Sciences naturelles

(*Suite. — Voir n° 1, page 1*).

III. — **Résultats fournis par le séro-diagnostic dans la tuberculose pulmonaire.**

Pour la commodité de l'exposition, nous examinerons les résultats fournis par le séro-diagnostic successivement dans la tuberculose pulmonaire, dans les épanchements pleuraux, dans la tuberculose chirurgicale, dans les affections diverses, chez les sujets normaux et enfin chez les animaux.

La première statistique relative à la tuberculose pulmonaire est celle de Mr Arloing au Congrès de Montpellier 1898. Cet auteur, chez les tuberculeux pulmonaires, a trouvé un résultat positif dans 94 °/₀ des cas.

Au Congrès de la tuberculose de Paris 98, MM. Arloing et Courmont donnent une nouvelle statistique portant sur 48 tuberculoses pulmonaires. Ils ont trouvé un résultat positif dans 93 °/₀ des cas, c'est-à-dire à peu près le même pourcentage que dans la première statistique.

Les auteurs, dans cette seconde statistique, signalent déjà qu'il y a lieu, au point de vue des résultats obtenus,

Digitized by Google

d'établir une distinction entre les cas de lésions avancées et de lésions au début. Fait curieux au premier abord, c'est dans le cas de lésions peu avancées qu'ils ont obtenu le plus de résultats positifs, 95 °/₀, au lieu de 92 °/₀ dans le cas de lésions avancées.

Un peu plus tard, MM. Mongour et Buard confirment le fait dans une statistique portant sur 11 cas, qui tous du reste ont donné un résultat positif. Ce résultat a été d'autant plus positif que le sujet était plus résistant ou plus éloigné de la cachexie.

Rothamel, dans sa thèse inaugurale (Bordeaux, 1899), a plus spécialement étudié ce point. Sur 90 malades cachectiques, il a trouvé 6 fois, c'est-à-dire dans 30 p. °/₀ des cas, une réaction négative. Il conclut, lui aussi, que l'agglutination est d'autant moins intense que le malade est plus près de la cachexie. L'agglutination lui paraît constituer pour l'organisme un mode de défense, indépendant toutefois de l'action bactéricide des humeurs et de la phagocytose.

Buard a voulu voir si cette réaction était générale, et si on l'observait chez l'enfant, où souvent la tuberculose est encore plus difficile à déceler que chez l'adulte. Dans sa thèse inaugurale (Bordeaux, 1900), où il étudie plus spécialement la séro-réaction tuberculeuse chez l'enfant, il nous donne 13 observations de tuberculose infantile. Sur ces 13 cas, il n'a eu que 2 résultats négatifs.

Une importante statistique est celle de Carrière, de Lille, qui porte sur 128 cas. Les résultats positifs ont été de 50 °/₀ chez les candidats à la tuberculose, de 75 °/₀ chez les phtisiques à la deuxième période, de 53 °/₀ chez ceux de la troisième période, et de 22 °/₀ seulement dans les tuberculoses à marche rapide et graves d'emblée. Il trouve donc, lui aussi, que le pouvoir agglutinant va diminuant, au fur et à mesure que la maladie progresse.

Cet auteur va même plus loin. Il trouve que le pouvoir

Digitized by Google

agglutinant va en augmentant le plus souvent, si l'affection guérit. Il n'y aurait donc pas seulement un séro-diagnostic de la tuberculose, mais encore un séro-pronostic, comme pour la fièvre typhoïde. Il remarque, en outre, qu'il n'y a pas de rapport entre le pouvoir agglutinant et les modifications leucocytaires.

Encore plus importante est la statistique donnée par MM. Arloing et Courmont dans la *Gazette des Hôpitaux* du 1er décembre 1900. Elle porte sur 352 cas. Sur 191 tuberculeux, d'après la clinique, ils ont eu des résultats positifs dans 88 °/₀ des cas et des résultats négatifs dans 12 °/₀ seulement. Sur 130 sujets non tuberculeux d'après la clinique, mais que, pour des motifs divers, on pouvait suspecter de tuberculose, ils ont obtenu un résultat positif dans 35 °/₀ des cas et négatif dans 65 °/₀ des cas.

Jusqu'ici, nous n'avons vu que des statistiques favorables à la méthode. Mais certains auteurs ont trouvé des résultats différents.

C'est ainsi que Horcycka, dans une statistique portant sur 18 cas, a trouvé 7 fois un résultat positif chez des malades qui présentaient des bacilles dans les crachats. Chez 3 malades, au début, il a observé un résultat négatif; chez 5 autres malades, au début, mais avec cependant bacilles dans les crachats, il a obtenu un résultat négatif; enfin, chez 3 tuberculeux, non cliniquement douteux, mais sans bacilles, il a encore trouvé un résultat négatif. Pour cet auteur, la méthode pèche donc par défaut.

Tout autre est l'opinion d'Ivanow. Pour cet auteur, au contraire, la méthode pèche par excès. Il prétend, en effet, avoir trouvé des résultats positifs chez des sujets sains dans 60 °/₀ des cas. Il dénie, par conséquent, toute valeur clinique au séro diagnostic de la tuberculose.

Les résultats obtenus par Horcycka sont à peu près sûrement imputables à une faute de technique. Pour ma part, je

Digitized by Google

sais qu'au début, je n'obtenais que très difficilement le phénomène de l'agglutination. Au contraire, après que M. Paul Courmont eut bien voulu nous envoyer des indications techniques précises, après surtout qu'il nous eut fait parvenir un échantillon de culture prête pour l'agglutination et que je pus ainsi me rendre un compte bien exact de l'état dans lequel devait se trouver la culture, j'obtins le phénomène de l'agglutination le plus facilement et le plus nettement du monde.

Quant aux résultats obtenus par Ivanow, ils sont plus difficiles à expliquer. Notons cependant qne, toute faute de technique mise à part, sa statistique ne porte que sur un très petit nombre de cas ; c'est ainsi que son pourcentage de 60 °/₀ de cas positifs chez les sujets sains n'est établi que d'après 5 individus considérés comme sains. On ne peut évidemment se baser sur un aussi petit nombre de cas pour établir un pourcentage.

Depuis lors, du reste, d'autres auteurs ont obtenu des résultats tout à fait différents. C'est ainsi que Hawthorn, dans une statistique parue en mai 1902, se montre partisan très convaincu de la méthode. Sur 57 tuberculeux, il n'a obtenu que 3 résultats négatifs, imputables au mauvais état général des sujets en expérience; une seule fois, il a trouvé le séro-diagnostic en défaut, en apparence tout au moins.

IV. — **Résultats fournis par le séro-diagnostic dans les cas d'épanchement pleuraux.**

Ce point a été plus particulièrement étudié par M. Paul Courmont. La première statistique de cet auteur, parue à la *Société de Biologie* en mai 1898, porte sur 24 cas. Six liquides séreux non tuberculeux lui ont tous donné des résultats négatifs. Au contraire, sur 18 liquides provenant de lésions sûrement tuberculeuses, il n'a eu qu'un résultat négatif.

Digitized by Google

Il résultait donc de ces premières recherches que la méthode du séro-diagnostic peut parfaitement s'appliquer au diagnostic de la nature des épanchements pleuraux.

En outre, dans un certain nombre de cas, l'auteur avait recherché parallèlement le pouvoir agglutinant du sang et de la sérosité pleurale, et il concluait que le liquide pleural est souvent plus agglutinant que le sérum sanguin des mêmes malades. C'est là, disait-il, un exemple de pouvoir agglutinant, développé dans une lésion locale à un degré plus élevé que dans le sang de la circulation générale, au contraire de ce qui se passe dans d'autres infections, la fièvre typhoïde notamment.

MM. Mongour et Buard venaient bientôt confirmer les résultats obtenus par M. P. Courmont. Sur 15 pleurésies sûrement tuberculeuses, une seule fois le séro-diagnostic a été en défaut. Sur 4 pleurésies non tuberculeuses, ils ont eu 4 résultats négatifs. Comme dans les cas de tuberculose pulmonaire, ces auteurs ont pu observer que la séro-réaction était d'autant plus positive que le sujet était plus résistant ou plus éloigné de la cachexie.

M. P. Courmont est revenu sur cette question dans une étude très détaillée parue dans les *Archives de Médecine expérimentale* de novembre 1900.

Sur 31 cas de pleurésies sûrement tuberculeuses, 8 fois il a obtenu un résultat négatif. Ce résultat semble donc en désaccord avec sa première statistique, où le séro-diagnostic n'avait été en défaut qu'une fois sur 18 cas; mais ce désaccord n'est qu'apparent: dans sa première statistique en effet, M. P. Courmont n'avait observé que des pleurésies de gravité moyenne ou légère, qui toutes ont guéri, tandis que sur les 8 cas négatifs de sa seconde statistique, 6 ont été des formes mortelles.

Il en est donc pour les épanchements pleuraux comme pour la tuberculose pulmonaire. Ici encore, nous voyons le

Digitized by Google

séro-diagnostic être d'autant plus positif que la pleurésie est moins grave.

L'auteur a, en outre, étudié les variations du pouvoir agglutinatif de la sérosité au cours de l'évolution de la pleurésie tuberculeuse, et il lui a semblé que, dans certains cas tout au moins, le pouvoir agglutinant du liquide pleural s'élevait à mesure que la maladie marchait vers la guérison. Il pourrait donc y avoir un séro-pronostic pour la tuberculose en général et les pleurésies tuberculeuses en particulier.

Néanmoins, M. Courmont est beaucoup moins affirmatif à ce point de vue que pour son séro-pronostic de la fièvre typhoïde.

Dans le même mémoire, l'auteur donne 16 observations de pleurésies seulement suspectes de tuberculose. Il n'a eu que 3 résultats négatifs. Ce fait semble donc être un argument fort important en faveur de la nature tuberculeuse des pleurésies dites *a frigore*. Le séro-diagnostic viendrait donc confirmer les vues de Landouzy sur la nature tuberculeuse de toute pleurésie, qui, selon l'expression de cet auteur, « n'a pas fait sa preuve. »

Enfin M. Courmont nous donne 26 observations de pleurésies ou hydrothorax sûrement non tuberculeux; 26 fois le résultat a été négatif.

Dans 7 cas de pleurésies dont la nature tuberculeuse avait été confirmée par le cytodiagnostic, Hawthorn a obtenu 7 fois un résultat positif. Dans un cas de pleurésie non tuberculeuse (le cytodiagnostic montra des polynucléaires), le séro-diagnostic fut négatif. L'auteur a observé que le plus souvent le pouvoir agglutinant du sérum sanguin était plus élevé que celui de la sérosité pleurale.

(à suivre)

Digitized by Google

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

—

Séance du 9 janvier 1903

Présidence de M. Forgue.

Etaient présents : MM. A. Imbert, Brousse, Vallois, Jeanbrau, Guérin, Ardin-Delteil. Abadie, Lagriffoul, Gaussel, Mme Gaussel, MM. Delage, Rimbaud, Pagès.

M. Vallois fait une communication sur les diamètres de la tête fœtale.

M. A. Imbert expose quelques considérations sur le mode de fonctionnement des muscles antagonistes.

Les muscles antagonistes, contrairement à ce que pensait Duchenne de Boulogne, ne se contractent pas toujours simultanément avec les muscles qui déterminent le mouvement considéré ; ils ne se contractent pas non plus toujours séparément. Il faut distinguer les mouvements lents et les mouvements brusques : dans la production de mouvements lents, il y a nécessairement contraction simultanée des antagonistes, sans quoi la contraction d'un seul groupe musculaire donnerait forcément un mouvement accéléré comme toutes les fois où un mouvement est sollicité par une force unique ; au contraire, dans un mouvement brusque de flexion de l'avant-bras sur le bras par exemple, les muscles fléchisseurs agissent d'abord seuls et les antagonistes n'interviennent qu'à la fin pour arrêter le mouvement.

Ces considérations, qui semblent au premier abord purement théoriques, ont pu être utilisées par M. Imbert dans une expertise. Il s'agissait d'un ouvrier qui, occupé à décharger un bateau, portait avec un autre ouvrier un fardeau de planches de 150 kilogrammes environ sur l'épaule. L'accident s'était produit au moment où, l'autre ouvrier ayant déposé une extrémité des planches sur le sol, l'ouvrier qui supportait tout le poids de la charge avait voulu déposer son extrémité à terre. A ce moment, il avait ressenti, dans la masse sacro-lombaire, une vive douleur qui, prétendait-il, lui interdisait tout travail depuis six mois.

Les examens électrique et radiographique, pour lesquels on adressait le blessé à M. Imbert, ne pouvaient donner de résultats. M. Imbert songea à étudier la douleur ressentie dans les mouvements. Il pria le blessé de fléchir brusquement le tronc à plusieurs reprises et de préciser le moment du mouvement où la douleur était la plus intense. L'ouvrier dit souffrir également pendant toute la durée du mouvement ; or, il était évident que, s'il y avait douleur dans ces mouvements brusques de flexion du tronc, ce devait être à la fin du mouvement, quand les antagonistes représentés ici par la masse sacro-lombaire se contractaient pour arrêter le mouvement de

Digitized by Google

flexion, et M. Imbert put obtenir du blessé l'aveu que sa douleur n'était pas très intense.

Ces mêmes considérations permettent de comprendre un fait classique, bien connu, mais inexpliqué : il s'agit d'un malade de Nothnagel chez qui la flexion de l'avant-bras sur le bras était douloureuse si elle était lente, indolore si elle était brusque. Nothnagel n'a pas donné d'explication de ce fait. Il semble qu'on puisse dire que, dans les mouvements lents, il y avait contraction simultanée et énergique des fléchisseurs et des extenseurs, dans les mouvements rapides, contraction limitée au seul groupe des fléchisseurs, contraction qui n'était pas douloureuse : il semble qu'il y avait chez ce sujet un degré d'excitabilité musculaire extrême.

Certains faits sont en faveur de cette hypothèse : certains sujets qui ont de la difficulté à voir nettement sont améliorés par des verres négatifs; ces sujets ont un muscle ciliaire trop excitable, il se contracte trop quand il reçoit une excitation, et des verres négatifs sont nécessaires pour compenser.

M. Forgue. — Dans les ruptures musculaires il semble qu'un groupe musculaire se contracte avec excès parce qu'il n'est pas réglé par le groupe antagoniste : il y a une sorte d'ataxie locale.

M. Imbert. — Nous sommes très habiles pour économiser nos forces, surtout pour les efforts violents ; nous nous conformons à des lois mathématiques, quelquefois très complexes. Un physiologiste anglais, Haughton, a montré que le cavalier qui veut arrêter son cheval au galop, donne un coup violent d'avant en arrière qui obéit à une loi mathématique d'une complexité très grande. Ce même auteur a pu observer que des pêcheuses, qui avaient à effectuer chaque jour un trajet au bord de la mer en traversant deux sols de commodité différente pour la marche, avaient instinctivement pris l'habitude de suivre une ligne brisée qui, par rapport à la difficulté différente de la marche sur ces deux terrains, était conforme aux lois de la réfraction de la lumière.

M. Forgue. — Quand nous nous livrons pour la première fois à un exercice, nos mouvements sont incoordonnés ; les mouvements forcés que l'on observe chez les jeunes recrues en sont un bon exemple : c'est moins l'effort qui produit la lésion que l'incoordination, l'absence de mouvements harmoniques des muscles.

M. Imbert. — C'est la mise en jeu simultanément, par défaut d'expérience, de groupes musculaires à action contradictoire qui entraîne une grande dépense de force dans l'apprentissage de tout exercice.

Sinusite frontale ouverte à l'angle supéro-externe de l'orbite

Par M. le Dr Abadie, chef de clinique chirurgicale.

Messieurs,

La chirurgie du sinus frontal a une histoire encore jeune ; elle ne remonte guère au delà de 1890. Sans doute, dès 1750, Runge, dès

Digitized by Google

1773, Richter et Schütz en 1812 trépanaient la paroi antérieure du frontal pour empyème du sinus. C'est la paroi orbitaire que Beer attaque en 1817, et Riberi, en 1838, établit le drainage fronto-nasal. Mais il s'agissait là de faits d'exception, et l'on attendait d'ordinaire l'apparition du pus à l'extérieur ou la formation d'abcès sous-cutanés. Seul, Ogston en 1884 intervient systématiquement par la trépanation antérieure. Néanmoins, il faut arriver à 1889 pour voir étudier méthodiquement par Liem (de Dantzig) le diagnostic des sinusites de la face, et de 1890 seulement date la chirurgie des sinus. En effet, en 1890-91, Panas et Guillemain préconisent la voie orbitaire pour le sinus frontal, et l'on trouve l'exposé de leur méhode dans la thèse de Guillemain [1]. Depuis lors, la cure opératoire des sinusites frontales a été spécialement étudiée par Luc, Moure, Lermoyez, en France; par Kuhnt, Janssen, en Allemagne; Golovine, à Moscou, etc. En même temps l'anatomie des sinus de la face se précisait par les travaux de Kocher, de Poirier, de Suarez de Mendosa; des recherches nombreuses sont faites par Sieur et Jacob; les figures et les schémas éclairant un exposé méthodique font de leur traité une œuvre maîtresse [2]. Citons aussi les coupes multiples présentées par M. Mouret, de Montpellier, au Congrès de la Société française d'otologie, laryngologie et rhinologie en 1901; enfin, le remarquable rapport de Lermoyez à la Société française d'ophtalmologie en mai 1902 [3]. De tous ces travaux, l'article de Cauzard se fait l'écho dans la *Gazette des Hôpitaux* en septembre 1902 [4].

L'observation suivante est relative à un cas d'intervention chirurgicale pour sinusite frontale à complication orbitaire. Elle concerne donc une thérapeutique opératoire de date encore récente. Ce fait, joint aux particularités de l'évolution clinique et aux difficultés du diagnostic, nous semble lui donner un réel intérêt.

Observation. — Mme X.... 45 ans environ, entre dans le service de M. le professeur Forgue pour une fistule de l'angle supéro-externe de l'orbite gauche.

Depuis 20 ans, coryzas continus, avec émission très abondante par le nez de muco-pus et surtout de pus. *A aucun moment il n'y a eu de céphalée frontale.* Depuis longtemps, polypes dans le nez, au dire de la malade.

Il y a quatre mois, apparaît entre le sourcil gauche et la paupière supérieure une tuméfaction indolore dont le développement progressif entraîne une saillie plus marquée, puis un abaissement de l'œil dans l'orbite et une chute de la paupière supérieure. Un

[1] *A. Guillemain.* Etude sur les abcès des sinus frontaux; leurs complications orbitaires, leur diagnostic, leur traitement.— Steinheil 1891 et Arch. d'ophtalmol. 1891. — Voir aussi *Guillemain et Terson* : Complic. orbit. et ocul. des infections des sinus. *Gazette des Hôpitaux*, 9 avril 1892, nº 43.

[2] *Sieur et Jacob.* Recherches anat., clin. et opér. sur les fosses nasales et leur sinus, 1901. Rueff, édit.

[3] *Lermoyez.* Les complications orbito-oculaires des sinusites. *Presse Médicale*, 3 mai 1902, nº 36.

[4] *P. Cauzard.* Considérat. sur l'anat. du sin. trait. chirurg. des sinusites front. chron. — Voir aussi : Trait. radical des sinus, front. chron. Th. Paris 1901.

Digitized by Google

médecin pratique une ponction ; il s'écoule un demi-verre de pus ; assez vite l œil reprend sa place normale et la paupière redevient libre. Bientôt les phénomènes se reproduisent. Nouvelle ponction, etc... Trois ponctions sont ainsi faites. Pas d'améliorations. Des douleurs sus-orbitaires se déclarent. La malade consulte M. Forgue.

A ce moment, on observe près de la queue du sourcil gauche, un peu au-dessous du rebord orbitaire, un petit orifice fistuleux d'où sourd sans cesse un peu de pus. Plus en dedans, une légère saillie déplisse les rides de la paupière et abaisse l'œil. Ptosis complet. La pression sur la tumeur montre qu'elle est liquide sous faible tension et fait sourdre par l'orifice une gouttelette de pus. Le stylet introduit bute rapidement sur un plan résis- tant, dur, sans donner la sensation d'un os nécrosé. Les mouvements d'élévation de l'œil et de la paupière supérieure sont impossibles. Sans cesse, le malade mouche du pus d'odeur repoussante. La voix reste continuellement nasonnée. Pas de retentissement sur l'état général.

Opération. — Anesthésie au chloroforme. — I. Incision de 4 centimètres le long du sourcil gauche légèrement au-dessous. Du pus s'écoule, très abondant, jaune et bien lié, filant, collant d'odeur extrêmement fétide. Le petit doigt, introduit par l'incision, plonge dans une poche vaste, située au-dessus du releveur de la paupière et au-dessous de la face inférieure du frontal, en plein orbite. La paroi osseuse est en grande partie détruite ; de la sorte le doigt pénètre largement dans un orifice taillé en grande partie aux dépens de la paroi supérieure de l'orbite, et intéressant sur 2 centimètres au moins le rebord orbitaire ; cette échancrure du rebord orbitaire est limitée par 2 éperons saillants, surtout l'interne ; le doigt va plonger dans le sinus frontal gauche. — II. Ceci reconnu, deuxième incision partant de l'extrémité interne de la première et remontant obliquement au devant du front, dont elle dépasse légèrement l'axe médian. Deux coups de rugine mettent à nu la paroi antérieure des sinus frontaux ; du côté gauche. la table osseuse amincie, bleutée, cède sous la pression du doigt. En quelques coups de pince-gouge de Nélaton, allant de l'orbite vers le front, on fait rapidement sauter le reste de la paroi orbitaire du sinus frontal, les éperons du rebord orbitaire, la paroi extérieure du sinus frontal gauche dans toute son étendue. Dépassant la ligne médiane, la pince-gouge atteint le sinus frontal droit, dont le contenu purulent s'écoule à son tour non encore mélangé de sang : il n'existait donc aucune communication entre les deux sinus. A son tour, la paroi antérieure du sinus droit est enlevée.—III. Lavage à l'eau oxygénée. Ecouvillonnage léger des cavités avec un tampon imbibé de naphtol camphré. Réunion partielle des deux incisions, drainage par une mèche de gaze à l'angle de réunion des deux incisions.

Premier pansement quatre jours après. Nouveau lavage à l'eau oxygénée. Naphtol camphré sur la nouvelle mèche de drainage. L'ectropion de la paupière supérieure, produit depuis l'opération, est réduit et maintenu par un tampon légèrement comprimé sur l'œil.

Ensuite, pansement chaque jour suivant la même méthode. La quantité de pus souillant le pansement diminue progressivement. La malade sort en bonne voie d'amélioration ; l'œil a repris sa

Digitized by Google

place normale, mais de nombreux pansements seront encore nécessaires.

Il s'agit, en somme, d'une sinusite frontale bilatérale avec empyème orbitaire secondaire d'un côté, traitée par la trépanation complète de la paroi antérieure des sinus avec drainage antérieur.

1° Anatomiquement, nous avons affaire à un sinus frontal anormalement grand. Sans doute il est loin d'atteindre les dimensions exceptionnelles que Ruysh a relatées dans un cas où le sinus atteignait, à travers tout le frontal, le bord antérieur des pariétaux légèrement clivés. Mais, tandis que du côté droit les dimensions sont presque normales, à gauche le sinus est large de 5o millimètres environ, et atteint le tiers externe du rebord orbitaire ; il est surtout profond et dédouble la paroi supérieure de l'orbite. Sans doute d'origine très ancienne, la sinusite est d'abord restée, durant une longue période, en libre communication avec les fosses nasales. Après oblitération morbide du canal naso-frontal, le pus accumulé a rompu ses barrières osseuses déjà lésées par l'inflammation ancienne. La paroi orbitaire, mince lame, a cédé la première ; d'où empyème orbitaire dont l'orifice de communication s'amplifiait chaque jour par ostéite nécrosante. La paroi antérieure était également atteinte et fort amincie. Le sinus droit générateur de pus mais sans rétention se vidait librement dans les fosses nasales ; on en trouve la preuve dans l'histoire clinique.

2° Le diagnostic était, ici, particulièrement difficile ; la malade, habituée à se moucher sans cesse, n'attirait nullement l'attention sur cette particularité, devenue pour elle quasi normale. Et nous avons insisté sur ce fait : absence de céphalée frontale, signe ordinaire des affections sinusiennes ;

3° Pour traiter une sinusite frontale, on peut passer par deux voies, voie orbitaire, voie frontale, selon que l'on veut trépaner la paroi inférieure du sinus ou sa paroi antérieure. — *a*) La voie orbitaire, préconisée par Panas et Guillemain, en 1890, a trouvé d'ardents défenseurs dans Janssen (de Berlin), en 1893, dans Sieur et Jacob, en 1901. — *b*) Par la voie frontale on peut adopter deux techniques bien différentes : procédé de Luc ; procédé de Kuhnt.

Le procédé de Luc est le suivant : trépanation, non sur la ligne médiane, mais au niveau du seul sinus malade. Brèche limitée, mais suffisante. Curettage et cautérisation du sinus. Le drainage fronto-nasal est rétabli, et largement rétabli aux dépens des cellules frontales. Suture de la plaie cutanée dans sa totalité.

Le procédé de Kuhnt adopte toujours la trépanation unilatérale ; mais ici, ouverture très large, résection systématique de toute la paroi antérieure du sinus malade. Curettage et cautérisation. Drainage par la plaie. Suture de la plaie, sauf au niveau du drain.

Le procédé de Luc est conservateur ; il respecte l'avenir du sinus en drainant par la voie naturelle ; le procédé de Kuhnt en poursuit la disparition par accolement des téguments à la paroi postérieure et obstruction du canal fronto-nasal.

Dans le cas qui nous occupe, la technique s'est rapprochée de la méthode de Kuhnt. Le procédé de Guillemain et Terson ne saurait évidemment pas entrer en ligne de choix. Le « Luc » se fût montré insuffisant : l'ancienneté des lésions, le volume anormal du sinus

Digitized by Google

que la curette eût difficilement atteint dans ses recoins, la présence du pus dans le sinus voisin, inspiraient des doutes légitimes ; mais surtout les complications orbitaires imposant l'ablation complète de la paroi orbitaire, rendaient illusoire la méthode de Luc et nécessitaient une méthode plus énergique ; il fallait transformer l'une et l'autre cavité purulente en une surface, sans recoins ni sillons, directement accessible aux agents caustiques, à laquelle les téguments fussent susceptibles de s'accoler.

Deux détails de technique sont particulièrement intéressants : 1° l'emploi de la pince-gouge bien en main, sans échappées, d'un travail plus rapide, plus précis et plus sûr que celui de la gouge à main ;

2° L'utilité de l'eau oxygénée dans les lavages de ces cavités aux anfractuosités nombreuses, difficilement accessibles, remplies d'un pus remarquablement fétide de par l'existence de nombreux microbes anaérobies surajoutés.

Addition. — La trépanation de la paroi antérieure du sinus frontal doit porter sur une zone bien précise pour présenter les plus grandes chances de succès. Nous en avons représenté les limites sur un schéma.

Luc conseille d'attaquer suivant une ligne parallèle au rebord orbitaire et à un demi-centimètre de ce bord, puis en s'éloignant de ce bord en dedans et en dehors, de façon à circonscrire un espace arrondi mesurant environ 2 centimètres de diamètre. Rester à 5 ou 10 millimètres de la ligne médiane afin de ne pas blesser la cloison intersinusienne.

Sieur et Jacob écrivent que, dans les 2/3 des cas, la paroi antérieure du frontal répond aux limites suivantes : en dedans, suture médio-frontale ; en dehors, bord interne de l'orbite ; en bas, suture fronto-nasale ; en haut, ligne horizontale menée de l'échancrure sus-orbitaire à la rencontre de la suture médio-frontale. « Le trapèze irrégulier ainsi délimité présente donc l'avantage de correspondre, dans les 2/3 des cas, à la cavité sinusale ; mais une fois sur trois, on risque de ne pas rencontrer de sinus et on peut être conduit à pénétrer dans le crâne [1]. »

D'après M. Mouret, « le lieu d'élection pour ouvrir le sinus frontal sera à la partie du frontal immédiatement sus-jacente à la branche montante du maxillaire supérieur sur l'apophyse orbitaire interne : la suture osseuse qui sépare les deux os sera le principal point de repère. Si, après avoir ouvert la lame externe de l'os frontal, on ne trouve pas le sinus.... on pourra se porter un peu plus en dehors sur la face externe de l'apophyse orbitaire interne, immédiatement au-dessus de l'unguis et ouvrir les cellules ethmoïdo-unguéales, dont le prolongement frontal peut, lorsque ce groupe est malade, donner les signes de la sinusite frontale. »

M. Forgue. — La méthode à laquelle il faut se rattacher, c'est l'éventration de toute la paroi antérieure du sinus, de manière que ce soit la paroi postérieure qui soit visible au fond de la plaie et qu'on supprime ainsi tout recessus de pus.

[1] Sieur et Jacob, *loc. cit.*, p. 423.

Digitized by Google

NOUVELLES

—

Académie de Médecine. — En même temps qu'une récompense pour le prix Desportes, M. le Dr Vires, professeur-agrégé de médecine à l'Université de Montpellier, a obtenu une première mention honorable pour le *Prix Théodore Herpin* (de Genève).

—

Faculté de Médecine de Montpellier. — Sur désignation de M. le Ministre de l'Instruction publique, M. le Dr Jeanbrau, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier, a été nommé membre du Jury d'examens de la Faculté de Médecine de *Beyrouth* (Asie Mineure).

Tableau des Actes du 21 au 24 Décembre 1902.

Lundi. 8 h. 1/2, 2e examen, examinateurs : MM. Vialleton, Hédon, Moitessier ; candidats : MM. Bourrely, Calas, Fonzes. — Midi 1/2, 3e examen, 1re partie, examinateurs : MM. Estor, Vallois, L. Imbert ; candidats : MM. Barthès, Bouisset, Kypriotis. — Midi 1/2. 3e examen, 2e partie, examinateurs : MM. Ducamp, Baumel, Vires ; candidats : MM. Laurans, Vassilewsky. — Midi 1/2, 4e examen, examinateurs : MM. Hamelin, Sarda, Rauzier ; candidats : MM. Bordes, Dèsery, Komarova.

Mardi, 10 heures, 5e examen, 1re partie, examinateurs : MM. Forgue, Puech, de Rouville ; candidats : MM. Darbousse, Roudenko, Sergueef. — 8 h. 1/2, 2e examen, examinateurs : MM. Vialleton, Imbert, Poujol ; candidats : MM. Granat, Fourguet, Vidal. — Midi 1/2. 3e examen, 1re partie, examinateurs : MM. Truc, Vallois, L. Imbert ; candidats : Matteï, Parienté. — Midi 1/2, 4e examen, examinateurs : MM. Sarda, Bertin-Sans, Galavielle ; candidats : M. Malachier, Mlle Olénoff. — 9 heures, 5e examen, 2e partie, examinateurs : MM. Grasset, Carrieu, Brousse ; candidats : MM. Blanchard, Bouisson. — Midi 1/2, 3e examen, 2e partie, examinateurs : MM. Mairet, Ducamp, Vires ; candidats : MM. Tabacoff, Payre-Ficot.

Mercredi, midi 1/2, thèses, examinateurs : MM. Mairet, Sarda, Brousse, Vires ; candidats : MM. Battarel, Ratchéff. — Midi 1/2, 3e examen, 1re partie, examinateurs : MM. Forgue, Estor, Vallois ; candidats : MM. Sauvaire, Raffaly frères. — Midi 1/2, thèse, examinateurs : MM. Grasset, Truc, Rauzier, Vedel ; candidat : M. Poukhovski.

L'Éditeur-Gérant : P. DELORD-BOEHM.

Montpellier. — Imprimerie Delord-Boehm et Martial.

Digitized by Google

N° 5 1er FÉVRIER 1903. Tome XVI

MONTPELLIER MÉDICAL

Journal Hebdomadaire paraissant tous les Dimanches

DIAGNOSTIC PATHOGÉNIQUE DES ÉPANCHEMENTS PLEURAUX

par le Docteur P. ARDIN-DELTEIL

Chef de Clinique médicale.

Au cours des vingt dernières années, de grands progrès ont été réalisés dans la connaissance de la nature intime des affections pleurales, progrès parallèles et étroitement liés à ceux réalisés dans l'étude, désormais scientifique et précise, des réactions humorales présidant à cet acte hautement défensif qu'est la maladie. Bien vive a été la lumière jetée sur le chapitre spécial des pleurésies par la découverte, non plus des germes microbiens, mais de ces réactions, spécifiques en quelque sorte, de l'organisme, traduisant un effort défensif merveilleusement adapté à la qualité de l'attaque, et dont la connaissance a doté la médecine, non seulement de moyens thérapeutiques souverains, les sérums immunisants, mais encore de moyens d'investigation clinique des plus précieux, elles les réactions agglutinantes auxquelles nous sommes redevables du *séro-diagnostic* de la fièvre typhoïde, de la tuberculose, de la pneumococcie, pour ne citer que les principaux, telles encore les réactions leucocytaires qui abouti

Digitized by Google

rent à la création de cette méthode élégante, précise et rapide qu'est le *cyto-diagnostic*.

Lorsque le clinicien a résolu les premières questions soulevées par l'existence d'un appel pathogène au niveau de la séreuse pleurale (à savoir : 1° s'il y a épanchement pleural ; 2° s'il est séro-fibrineux, hémorragique ou purulent ; 3° s'il est libre ou enkysté ; 4° quel est son siège et sa localisation exacte ; 5° quelle est la quantité du liquide pathologique épanché), sitôt le *diagnostic anatomique* posé, aussitôt surgit un problème de la plus haute importance, d'une immense portée pronostique : c'est celui du *diagnostic pathogénique* de l'épanchement.

S'agit-il d'une pleurésie véritablement essentielle, de nature recommandable quoiqu'inconnue, de l'ancienne pleurésie a frigore ? S'agit-il d'une de ces pleurésies tuberculeuses primitives ou secondaires, de pronostic incertain et toujours sévère ? S'agit-il d'une pleurésie non tuberculeuse, dont le pneumocoque, le streptocoque, le bacille d'Eberth ou le genre encore ignoré du rhumatisme furent les agents déterminants, ou encore d'une réaction mécanique ou toxique, comme on en voit chez les cardiaques, les brightiques, les cancéreux ? Diagnostic capital pour assurer des données pronostiques et thérapeutiques où rien ne sera laissé à l'incertain. Tous les efforts des chercheurs se sont concentrés ces dernières années sur la solution de ces problèmes et y ont apporté des éclaircissements précieux.

Ce n'est pas à dire que des tentatives intéressantes n'aient pas été faites concernant d'autres points de l'histoire des pleurésies. Ainsi Niclot[1] et, après lui, Achard[2] appliquaient une méthode colorimétrique à la mesure approximative du volume des épanchements pleuraux, par injection intra-pleurale d'une solution titrée de bleu de méthylène ; ainsi

[1] Niclot. *Sem. Méd.*, 1900.

[2] Achard. *Soc. Méd. des Hôpit.*, 1902.

Digitized by Google

Chauffard[1] utilisait récemment « la pesée quotidienne pour l'évaluation quantitative des épanchements » et montrait qu'un pleurétique en activité, dont le poids est ascendant, augmente son épanchement.

Bouchard, Béclère, de leur côté, appliquaient la radioscopie et la radiographie à la détermination de l'existence, de la localisation et du volume du liquide pleural.

Mais les tentatives les plus nombreuses, comme aussi les plus intéressantes, cherchaient à déterminer la nature véritable des pleurésies, et chacune d'entre elles a eu pour résultat d'étendre chaque fois davantage le champ d'intervention de la tuberculose pour reléguer et réduire presque à néant celui de l'antique pleurésie à frigore.

En 1883, Landouzy[2], au nom de la *clinique,* osait affirmer avec une audace qui trouve sa récompense dans les confirmations ultérieures, que toute pleurésie qui ne fait pas sa preuve est une pleurésie tuberculeuse.

L'*expérimentation*, entre les mains de Chauffard et Gombault[3] qui, en 1884, préconisèrent les premiers la méthode des injections intra-péritonéales du liquide pleural aux cobayes, ne tardait pas à venir appuyer, d'inébranlable façon, les assertions de Landouzy.

En 1887, Kelsch et Vaillard[4], forts de leurs recherches *anatomo-pathologiques*, venaient compléter le faisceau des preuves exigibles.

En 1896, Péron[5], dans sa thèse, désormais classique, montrait que la pleurésie dite franche aiguë *est de nature tuberculeuse dans l'immense majorité des cas*, et due à une infection tuberculeuse souvent discrète de la plèvre.

[1] Chauffard. *Sem. méd.* 1901.

[2] Landouzy. Leçons cliniques de la Charité, 1883. *Gazette des Hôpitaux*, 1884.

[3] Chauffard et Gombault. Comptes rendus et mémoires de la Soc. méd. des Hôp. 1884.

[4] Kelsch et Vaillard, *Arch. de Physiol.* 1887,

[5] Péron. Th. Paris, 1896.

Digitized by Google

Le Damany [1], en 1897, perfectionnant le procédé des inoculations, surenchérissait encore dans sa thèse, et soutenait que la pleurésie séro-fibrineuse aiguë franche est *toujours de nature tuberculeuse;* il revenait, il y a un an à peine [2], sur son thème favori, dans un article destiné à établir que la *pleurésie*, c'est-à-dire l'inflammation de la plèvre causée par des agents pathogènes contenus dans la cavité pleurale, est toujours tuberculeuse; pour lui, les autres réactions pleurales ne sont pas dues à la pénétration d'un microbe ou d'une toxine dans la plèvre, mais à une altération pulmonaire qu'elles suivent « comme l'ombre suit le corps », d'où le nom d'*épanchements pleuraux pneumogènes* qu'il proposait de donner à ces réactions pleurales banales.

Depuis, sont nées une infinité de méthodes, les unes chimiques, les autres physiques, d'autres enfin biologiques, assez nombreuses pour prouver qu'aucune d'entre elles n'est satisfaisante et ne peut être considérée comme parfaite.

Les dernières venues semblent comporter un degré de précision et d'approximation plus considérable. Ravaut [3], dans sa thèse, où il exposait les principes du cyto-diagnostic, Dieulafoy, dans une leçon parue en 1901 et publiée dans son dernier volume de Cliniques, ont résumé les principales.

Ces méthodes sont de valeur inégale. Les *méthodes indirectes* sont de beaucoup les plus usitées, et ont fourni, jusqu'ici, les résultats les plus approchés (séro-diagnostic, cyto-diagnostic). Les *méthodes directes* (inoculations, culture, recherche du bacille dans l'exsudat) sont d'application moins clinique, fournissent des résultats aussi incertains qu'éloignés, et se sont montrées, jusqu'ici, de beaucoup inférieures

[1] Le Damany. Th. Paris, 1897. *Recherches sur les pleurésies séro-fibrineuses.*

[2] Le Damany. *Les épanchements pleuraux pneumogènes. Presse méd.* Octobre, 1901.

[3] Ravaut. *Le diagnostic de la nature des épanchements séro-fibrineux de la plèvre* : cyto-diagnostic. Th. Paris, 1901, n° 105.

Digitized by Google

aux précédentes. Il semble cependant que la recherche du bacille de Koch dans les épanchements, jusqu'ici considérée comme impraticable, ait fait, dans ces derniers temps, un pas décisif et soit destinée à entrer dans la pratique pour y supplanter peut-être toutes les autres méthodes et se substituer à elles de par la précision même et la constance de ses résultats. Ce progrès de technique est de date toute récente ; il est dû à M. A. Jousset, chef du laboratoire de la clinique médicale de l'hôpital Beaujon, qui l'a décrit sous le nom d'*inoscopie*. Nous y reviendrons plus loin.

Directes ou indirectes, les diverses méthodes préconisées nous paraissent pouvoir être divisées en trois groupes établis d'après la valeur des résultats qu'elles sont susceptibles de fournir : incertains ou nuls, approchés, plus précis.

Le *premier groupe*, de procédés incertains, nuls dans la pratique, et ne présentant qu'un intérêt scientifique théorique, comprend : le dosage de la fibrine et du fibrinogène ; la recherche de la perméabilité pleurale ; la cryoscopie ; l'étude de la toxicité de l'épanchement ; la diazo-réaction d'Ehrlich.

Le *second groupe*, de procédés approchés, comprend l'ensemble des méthodes sur lesquelles a été basée, avant l'apparition des tout derniers procédés, l'affirmation de la nature tuberculeuse de la majorité des pleurésies. Ce sont : les inoculations, la réaction à la tuberculine, les cultures.

Le *troisième groupe* comprend les procédés les plus récents, les procédés à la mode, comportant, semble-t-il, l'approximation la plus serrée, en même temps qu'une grande constance dans leurs résultats. Ce sont: le séro-diagnostic, le cyto-diagnostic, l'inoscopie.

Premier Groupe.

a.) Le *dosage de la fibrine et du fibrinogène* effectué surtout par les chimistes, Méhu, Schmidt, Gautier, a montré que,

Digitized by Google

si les épanchements tuberculeux étaient habituellement riches en fibrine, la quantité de celle-ci était surtout en rapport avec l'intensité des phénomènes inflammatoires.

b.) La *perméabilité pleurale* de dedans en dehors et de dehors en dedans a été étudiée pour le bleu de méthylène par Achard, Lewis[1], Ramond et Tourlet[2], Castaigne[3], Renon et Latron[4]; pour le salicylate de soude, par Castaigne, Manquat[5], Widal et Ravaut[6]. Cette étude a montré que, parmi les pleurésies récentes, les *pleurésies tuberculeuses* étaient celles qui s'accompagnaient de la plus *grande diminution de la perméabilité pleurale.*

c.) La *cryoscopie* du liquide pleural, seule ou comparée à celle du sérum sanguin et de l'urine du malade, n'a conduit Koranyi et Tauszk[7], Castaigne, Achard et Lœper[8], Lesné et Ravaut[9] à aucune indication précise, pas plus sur la nature que sur le stade évolutif de la pleurésie.

d.) La *toxicité des épanchements des séreuses* a donné entre les mains de P. Courmont[10] la preuve que les épanchements de nature tuberculeuse étaient beaucoup plus toxiques que les épanchements franchement inflammatoires. Un coefficient toxique de 63, pour ces derniers, répondrait au chiffre de 26 en ce qui concerne les premiers.

e.) Enfin, la *diazo-réaction d'Ehrlich* s'est montrée fort inconstante à Clément, Georgiewski, Lœper, Oppenheim.

[1] Lewis ; *Sem. Méd.*, 17 janvier 1900, pag. 26.

[2] Ramond et Tourlet; *Press. méd.*, 14 mars 1900.

[3] J. Castaigne ; *Press. Méd.*, 28 mars 1900 ; *Soc. Méd. des Hóp.*, 12 juillet 1900.

[4] Rénon et Latron ; *Soc. Méd. des Hópit.*, 29 juin 1900.

[5] Manquat ; *Soc. Méd. des Hóp.*, 20 juillet 1900.

[6] Widal et Ravaut; *Soc. Méd. des Hóp.*, 6 juillet 1900.

[7] Koranyi ; *Zeitsch. J. Klin. med.*, 1897 et 1898, tom. XXXIII et XXXIV.

[8] Achard et Lœper ; *Soc. Biol.*, 8 juin 1901.

[9] Lesné et Ravaut; *Presse Méd.*, 20 février 1901.

[10] P. Courmont ; *Arch. de Pharmacodyn. et de Thérapie*, 1900.

Digitized by Google

DEUXIÈME GROUPE.

a.) Les *inoculations* de liquide pleurétique dans le péritoine du cobaye, préconisées par Chauffard et Gombault[1], fournirent à ces auteurs 50 0/0 de résultats positifs ; Eichorst, Netter, n'obtenaient de leur côté que 40 0/0 de succès.

Péron (*loc. cit.*), perfectionnant le procédé en injectant le liquide centrifugé pour concentrer sa teneur en bacilles, puis pratiquant des injections massives, à raison de 10 cent. cubes de liquide par 100 grammes du poids de l'animal, obtenait 6 succès dans 6 cas.

Le Damany (*loc. cit.*), procédant par inoculations fractionnées, répétées à plusieurs jours de distance, et injectant à la fois le liquide pleurétique et son coagulum fibrineux, élevait le nombre de ses résultats positifs et arrivait jusqu'à 90 0/0 de succès.

Ravaut (*loc. cit.*), injectant d'emblée des doses massives de 40-50 cent. cubes, a obtenu 48,3 0/0 de résultats positifs dans les pleuro-tuberculoses primitives, et 77,7 0/0 dans les pleuro-tuberculoses secondaires.

Mais la méthode est lente ; elle fournit un grand nombre de résultats négatifs, à cause de la pauvreté en bacilles du liquide injecté, ainsi que de la faible virulence de ceux-ci.

b) Les *injections de tuberculine* au 1/10 ou au 1/4 de milligramme, pratiquées surtout en Allemagne (Compte-rendu officiel des Cliniques en Prusse), montrèrent que les pleurétiques étaient aussi sensibles que les tuberculeux avérés, et cela dans la proportion de 13 sur 15. (82 %).

Dès 1891 d'ailleurs, Debove et Renault[2] démontrent, par des injections de liquide pleurétique stérilisé à des ani-

[1] Chauffard et Gombault ; *Soc. Méd. des Hôp.*, 1881.

[2] Debove et Renault. Soc méd. Hôp. 24 juillet 1891.

Digitized by Google

maux et à des malades tuberculeux, la présence de la tuberculine dans l'exsudat des pleurésies.

Birch, Hirchfeld, Netter, étudient encore la réaction des pleurétiques à la tuberculine.

La difficulté de maniement de ce procédé, innocent dans de seules mains expérimentées, nombre d'accidents graves imputables à lui, l'ont fait reléguer complètement dans le domaine de l'art vétérinaire.

c) Les *cultures* donnaient assez facilement quelques résultats alors qu'il s'agissait de germes vulgaires, facilement cultivables. Mais la moindre faute d'asepsie dans la récolte du liquide et l'ensemencement peuvent faire croire à la nature banale d'une pleurésie vraiment tuberculeuse.

A l'inverse, l'extrême difficulté de cultiver le bacille de Koch rend, dans un très grand nombre de cas, le procédé négatif dans ses résultats, et peut faire croire à un épanchement aseptique, alors qu'il s'agit encore de tuberculose.

Quelques perfectionnements ont été apportés par Bezançon et Griffon[1], qui ont réalisé un milieu spécial (sang gélosé et glycériné) où le bacille tuberculeux végète avec une facilité plus grande ; mais, dans l'étuve à 37°, ce n'est qu'au bout de trois ou quatre semaines que l'on voit apparaître des colonies muriformes, de couleur chocolat. C'est donc encore cliniquement un procédé trop lent et beaucoup trop incertain.

d) La *recherche du bacille* dans les exsudats était presque toujours restée négative et, en tous cas, d'une difficulté peu compatible avec les exigences de la clinique. De tous les procédés, ce serait le plus abandonné, si une nouvelle technique, indiquée plus loin, ne devait en faire la véritable méthode de l'avenir.

[1] Bezançon et Griffon. Soc. méd. des Hôp. 24 mars 1899.

Digitized by Google

TROISIÈME GROUPE.

a) *Séro-diagnostic.* L'application des diverses méthodes de séro-diagnostic connues a été faite par divers auteurs. Mais il faut reconnaître que, étant donnée l'extrême fréquence des pleurésies tuberculeuses, c'est le séro-diagnostic d'Arloing et de Courmont qui devra être le premier, pour ne pas dire le seul, mis en œuvre dans l'immense majorité des cas.

Le *séro-diagnostic de Widal,* pour la dothiénentérie a donné des résultats positifs avec le liquide provenant de *pleurésies typhoïdiques.* Ce sont Achard, Widal et Merklen [1], Ménétrier, Souques, Lesné et Ravaut qui ont signalé l'existence de ces faits.

De même, Bezançon et Griffon, au moyen de leur procédé de *séro-diagnostic de la pneumococcie*, ont démontré la nature pneumococcique de quelques pleurésies.

P. Courmont[2], à peine avait-il indiqué, en collaboration avec S. Arloing, les principes généraux de la méthode du séro-diagnostic de la tuberculose, recherchait l'agglutination des cultures homogènes du bacille de Koch par le sérum sanguin des pleurétiques ainsi que la sérosité pleurale. A côté du séro-diagnostic général, il recherchait ainsi par le séro-diagnostic local, la preuve de la nature tuberculeuse de la réaction locale pleurale.

Le *séro-diagnostic local* lui donnait 74 °/₀ de résultats positifs, chiffre un peu inférieur à celui fourni, chez les mêmes malades, par le *séro-diagnostic général* qui, lui, donnait 82 °/₀ de succès ; l'approximation augmente donc sensible-

[1] Widal et Merklen. — *Soc. méd. des hôpit.*, 27 juillet 1900.

[2] P. Courmont. — Séro-diagnostic des épanchements pleuraux. *Soc. Biol.* 28 mai 1898 ; — *Presse méd.* 11 juin 1898 ; — *Archives de méd. expérim.*, novembre 1900 ; — Thèse Feitu, Lyon, 1900.

Digitized by Google

ment avec ces procédés plus délicats qui démontrent l'existence, bien plus fréquente qu'on ne le soupçonnait, de la nature tuberculeuse des pleurésies.

Mais cette méthode, vu l'extrême difficulté que l'on a à obtenir des cultures homogènes du bacille de Koch, et à entretenir celles-ci au point voulu, vu les mille petits détails de technique qui exigent des connaissances spéciales et une compétence véritable, restera l'apanage de quelques privilégiés du laboratoire sans pouvoir être mise dans les mains du commun des praticiens.

(A suivre).

LES FISTULES URÉTHRO-RECTALES

Par M. le Professeur **TÉDENAT**

(*Suite et fin.* — Voir n° 4, pag. 81).

TRAITEMENT. Que pourrions-nous dire du traitement prophylactique ? Eviter les abcès de la prostate et, s'il s'en produit, les inciser, sans retard, par la voie périnéale.

Si l'abcès s'est ouvert par le rectum, assurer l'évacuation de l'urine par les voies naturelles (sonde à demeure, cathétérismes évacuateurs assez fréquents pour que l'urine ne gagne pas la cavité de l'abcès et sa voie de communication avec le rectum). La sonde à demeure est préférable si elle est bien supportée ; en gomme souple avec béquille, la sonde sera souvent tolérée.

Assurer aussi l'évacuation du rectum par des lavements abondants. La dilatation forcée de l'anus, la mise à demeure d'une grosse canule en gomme qui laissera passer gaz et matiè-

Digitized by Google

res et fera aussi douce compression oblitérante du trajet fistuleux, sont moyens utiles.

Ces précautions, si on les applique avec soin et délicatesse et patience, permettront souvent d'éviter la formation de trajets fistuleux organisés pour durer jusqu'au jour où on les supprimera par une intervention directe.

Je ne veux pas insister sur la cure des rétrécissements de l'urèthre. Ils peuvent, bien que rarement, être causes de fistules uréthro-rectales; quand elles existent, ils les maintiennent et font échec aux opérations directes les mieux réalisées.

On trouvera décrite ci-après l'opération à laquelle je donne la préférence. Je l'ai pratiquée deux fois avec succès, et la technique, actuellement bien établie, de la prostatectomie périnéale, par les résultats qu'elle a fournis, fait argument en sa faveur. Il y avait déjà les observations de A. Cooper, Dittel, Ziembicki, Lejars. Je dois pourtant exposer succinctement la méthode opératoire appliquée avec succès par Paul Segond[1]. Elle comprend quatre temps.

1° Dilatation forcée de l'anus avec les deux pouces à la façon de Récamier. Elle est indispensable aux manœuvres opératoires si fréquentes et prévient les accidents douloureux, les spasmes, les rétentions dans les jours qui suivent.

2° Incision circulaire de la muqueuse anale à trois millimètres au-dessus du rebord cutané. Dissection de bas en haut d'un cylindre muqueux intra-anal.

3° Juste au-dessus du sphincter, section horizontale de la paroi rectale ainsi séparée du sphincter. On décolle le cylindre anal, surtout en avant, peu sur les côtés, presque pas en arrière. On pousse le décollement jusqu'à deux centimètres au-dessus du trajet fistuleux. On avive et suture l'orifice uréthral. On abaisse alors le cylindre rectal et on suture la partie qui est juste au dessus de l'orifice rectal de la fis-

[1] Guyot. Th. Paris, 1902.

Digitized by Google

tule avec la collerette muqueuse qui borde la peau de l'anus.

4° Gros drain dans le rectum pour évacuer les gaz. Sonde à demeure dans la vessie. Constipation.

Observation IV

Blennorrhagie, abcès prostatique et fistule uréthro-rectale (janvier-février 1886). En mai 1887, incision transverso-prérectale. Suture des orifices fistuleux. Guérison parfaite. Dix ans après, abcès péri-uréthral, suivi de fistule au périnée.

Ar..., 21 ans, lymphatique et obèse, contracte dans les premiers jours de janvier 1886 une blennorrhagie violente avec érections cordées. Dans le cours de la sixième semaine, uréthro-cystite. Après quelques jours de mictions fréquentes, douloureuses, avec hématurie finale, les douleurs s'exacerbent, s'accompagnent de ténesme rectal, d'élancements au périnée, de turgescence des veines de la verge et de l'anus. Les bains de siège, les lavements chauds, l'opium calment peu l'état douloureux. Rétention d'urine. Le Dr Paul Bourguet constate que la prostate est très tuméfiée et douloureuse à la pression. Ne pouvant introduire une sonde molle, il pratique une ponction capillaire, qui est renouvelée trois fois en deux jours.

La température oscille entre 38° et 40°,2 ; des frissons surviennent, et, le douzième jour après le début de l'uréthro-cystite, un abcès s'ouvre à la fois dans l'urèthre et le rectum. Le malade éprouve un soulagement rapide, mais une fistule uréthro rectale s'établit, puis une autre vient s'ouvrir un peu à gauche de la ligne médiane, à 3 centimètres au-dessus du pubis. Elle paraît indépendante des ponctions et se ferme au bout de quatre semaines.

Entre les mictions, quelques gaz passent par le méat et un peu d'urine dans le rectum. Pendant les mictions, qui ont lieu toutes les demi-heures, pressantes et avec ténesme, plus de la moitié de l'urine s'écoule par le rectum, et de temps en temps des parcelles fécales passent par l'urèthre, parfois l'obstruant quelque peu.

La sonde à demeure mal supportée, puis le cathétérisme à chaque besoin, des lavements tièdes sont patiemment essayés mais sans résultats. Le 10 juillet, après dilatation de l'anus, nous pratiquons une cautérisation au thermo-cautère. Bien qu'elle ait été doulou-

Digitized by Google

reuse et sans utilité, elle est renouvelée, le 3 août, par les docteurs Bourguet et Cavaillé.

Le malade continue à être incommodé par la proctite, avec ténesme pénible, par des émissions gazeuses par le méat. Environ la moitié de l'urine passe par le rectum ; les mictions sont moins fréquentes, toutes les heures en moyenne.

Le 3 mai 1887, le malade entre dans mon service de l'hôpital Saint-Eloi dans l'état suivant :

Pâle, chairs flasques, profondément dyspeptique. Proctite. La fistule sus-pubienne est bien fermée. A 4 centimètres au-dessus de l'orifice anal, sur la ligne médiane, au milieu d'un bourrelet légèrement saillant, le doigt sent l'orifice rectal de la fistule. Le trajet, dirigé directement en avant, admet une sonde 17 de Charrière. Une bougie 42 Béniqué, passée par l'urèthre, vient buter contre celle qui est introduite par la fistule. Le canal est dévié vers la gauche dans la portion prostatique.

Les troubles fonctionnels sont tels que je les ai indiqués. La fistule recto-uréthrale est trop large et trop ancienne pour qu'on puisse espérer quelque chose des nouveaux essais de cautérisation ignée.

Le 10 mai 1887, je pratique l'opération suivante :

Le malade est placé, après anesthésie, dans la position de la taille. Un cathéter est introduit dans la vessie, une sonde cannelée, glissée dans la fistule, s'arc-boute à la cannelure du cathéter.

Incision prérectale, avec incisions latérales postérieures un peu obliques vers la ligne médiane, longue de 3 centimètres. La séparation de l'urèthre et du rectum se fait aisément, sauf au voisinage du trajet fistuleux, où le tissu dur, scléreux, est sectionné à petits coups de bistouri. Le stylet met utilement en relief le trajet de la fistule, qui est sectionnée au ras de la prostate, afin d'épargner autant que possible la paroi rectale, très importante à ménager. Le décollement est prolongé jusqu'à 2 centimètres au-dessus des orifices fistuleux. La séparation des organes est rendue facile par les deux incisions latérales antéro-postérieures, et le suintement hémorrhagique, bien que gênant, est peu considérable.

Il faut maintenant fermer les orifices rectal et uréthral. Leur profondeur rend la chose malaisée. J'introduis dans le rectum une sonde d'Hégar du volume du doigt. Elle me fournit un appui et un étalement convenable, et rend plus facile l'avivement infundibuliforme en ovale allongé dans le sens de l'intestin. Je le fais avec des

Digitized by Google

ciseaux courbes, large à la façon américaine, pour les fistules vésico-vaginales.

La perforation, à peu près circulaire, a 6 millimètres de diamètre ; l'avivement en a 14 dans le sens transversal, et 16 dans le sens longitudinal. J'applique trois points de suture au catgut chromique en direction transversale sans trop de difficultés.

Il n'en est plus de même pour la perforation de l'urèthre. Les tissus se déchirent, saignent. Je ne mets que deux points.

Après suture des incisions latérales, je tasse dans la plaie de la gaze iodoformée. La dilatation forcée de l'anus avait précédé les manœuvres ci-dessus décrites. Une sonde à béquille en gomme, n° 17, souple, est mise à demeure.

La température atteignit 39° le soir du second jour, puis ne dépassa pas 37°,5. Il fallut supprimer la sonde le troisième jour. A partir du quatrième jour, lavements tièdes quotidiens pour faciliter les selles et calmer des sensations angoissantes de gaz forçant sur la suture.

Le septième jour, la gaze est facilement enlevée, et la plaie est pansée à plat. Rien ne passe par le rectum, dont l'état inflammatoire a presque entièrement disparu. Mais le malade a l'impression que quelques gouttes d'urine suintent par la plaie périnéale, qui a bon aspect. Il m'est impossible de me rendre compte du bien fondé de cette impression.

Le 20 mai, plaie réduite à un menu trajet par où, lors des mictions, qui n'ont plus lieu que toutes les trois ou quatre heures, s'écoule probablement un peu d'urine, si peu qu'on ne peut l'affirmer. Rien ne passe par le rectum, rien ne passe de l'intestin dans le trajet périnéal. Le malade va régulièrement à la selle, grâce à un lavement huileux matin et soir.

La cicatrisation était complète le 10 juin. Il est probable, non certain, qu'il a existé une menue fistule uréthro-périnéale. Tout est bien cicatrisé maintenant.

Pendant plus de dix ans, mon opéré a joui d'une excellente santé, urinant régulièrement toutes les quatre à cinq heures le jour, par exception la nuit. En décembre 1874, gêne de la miction, qui s'accroît progressivement durant quelques jours, puis abcès urineux périnéal. Il suppure pendant quatre ou cinq semaines et laisse une fistule par laquelle s'écoule la totalité de l'urine. Les mictions volontaires ont lieu pénibles et irrépressibles tous les quarts d'heure, et dans l'intervalle un peu d'urine s'échappe. Le malade est obligé de porter un appareil en caoutchouc.

Digitized by Google

Le malade entre dans mon service dans les premiers jours de mai 1898. Presque toute l'urine coule par la fistule ; malgré des soins de propreté assidus, odeur urineuse, érythème ano-périnéal, spasmes douloureux de la vessie. Le trajet fistuleux siège au milieu du périnée, un peu à gauche du raphé; rectiligne, légèrement infundibuliforme, il a un orifice externe long de 12 millimètres, large de 5 à sa partie moyenne ; il est épithélialisé.

La cicatrice résultant de l'incision opératoire est un peu tendue, souple d'ailleurs, régulière, et ne déforme aucunement l'orifice anal où paraissent quelques veines dilatées.

Par le toucher rectal, on trouve la prostate avec son volume normal, un peu dure par points. L'urèthre a perdu, dans la traversée scrotale un peu de sa souplesse, mais il est lisse et sans brides cicatricielles. La bougie à boule de Charrière passe difficilement. Pour introduire un Béniqué, il faut porter le bec de l'instrument fortement en arrière et à gauche à l'entrée de la portion prostatique. Cette déviation, déjà notée lors de l'opération faite en 1887, paraît avoir augmenté. On l'apprécie très bien en introduisant le doigt dans le rectum pendant l'introduction de la sonde métallique. Elle est probablement due à des phénomènes de rétraction cicatricielle et rend très difficile le cathétérisme avec des bougies molles.

Il est à présumer que le rétrécissement constaté à la région bulbaire a été la cause principale de l'abcès urineux. Il nous a été impossible de trouver d'autres facteurs.

Des sondes Béniqué sont passées tous les trois jours. On ne les fait pénétrer dans la vessie qu'en portant fortement leur bec en arrière et à gauche. A la cinquième séance, le n° 46 passait et une petite quantité de l'urine sortait par les voies naturelles. Les pertes involontaires n'existaient plus et les mictions étaient devenues moins fréquentes et se faisaient avec moins de ténesme.

La cutanéisation du trajet fistuleux imposera prochainement une uréthroplastie qui sera facile, grâce à la souplesse et à l'intégrité relative des tissus qui le bordent.

Il y a quelques remarques à faire sur cette observation : 1° Au point de vue étiologique, la fistule a succédé à l'ouverture simultanée dans l'urèthre et le rectum d'un abcès blennorrhagique de la prostate. Il en est ainsi pour la plupart des fistules uréthro-rectales qui intéressent le chirurgien.

Digitized by Google

Celles qui sont dues à des épithéliomas n'ont pas d'intérêt thérapeutique, et je ne crois pas que les abcès tuberculeux puissent donner souvent lieu à une intervention curative.

2° La meilleure manière d'éviter ces fistules est l'incision hâtive faite par le périnée (Lallemand, Demarquay, Guyon, Segond, Morris). J'ai agi ainsi dans trois cas où l'abcès pointait déjà sous la paroi rectale, et, contre mon attente, j'ai pu en éviter la perforation.

Mais il faut inciser dès qu'il y a du pus ; pour cela se renseigner tous les jours par le toucher rectal et inciser dès qu'on sent un point mou, qu'il y ait eu ou qu'il n'y ait pas eu de frissons, mais surtout s'il y en a eu. Attendre la fluctuation grosse et nette, c'est s'exposer à être devancé par le pus.

L'incision par le rectum n'est acceptable que dans les seuls cas où la collection va crever. Elle expose aux infections secondaires, à la pénétration des matières fécales, aux fistules uréthro-rectales.

Et pourtant quelques chirurgiens, Caspar encore tout récemment, prônent l'incision précoce par le rectum. Elle est évidemment plus facile. On ne peut affirmer qu'elle expose moins aux hémorragies si on songe aux veines dilatées, aux artères qui battent. Elles sont alors moins faciles à arrêter que celles qui ont lieu par l'incision périnéale, où l'œil a contrôle sur la plaie, où les ligatures, la compression sont plus aisées et plus sûres [1].

3° Quand la communication uréthro-rectale est établie, il faut lutter contre son organisation en fistule et, pour cela, prévenir le passage de l'urine et du contenu intestinal.

Contre l'urine : la sonde à demeure est mal supportée par la prostate enflammée et endolorie. Puis toujours un peu d'urine coule le long de la sonde et gagne le trajet patho-

[1] Routier a pratiqué 26 fois avec guérison rapide l'incision par l'anus (Th de Blanquinque, Paris 1902).

Digitized by Google

logique. Mieux vaut enseigner au malade à se sonder à chaque besoin. La sonde à béquille souple passe ordinairement mieux que la sonde en caoutchouc et évite plus sûrement le foyer prostatique, s'il communique largement avec l'urèthre.

Thompson a bien vu un officier guérir en six semaines par la seule précaution d'uriner chaque fois à plat ventre, mais deux fois aussi ce moyen ne lui a pas réussi. Il est déjà étonnant qu'il ait donné un succès, et on acceptera, avec Thompson, que le cathétérisme évacuateur eût été aussi simple et plus sûr dans ces résultats.

4° Chez notre malade, deux séances d'ignipuncture ont été inefficaces et on sait que, si la cautérisation a pu quelquefois rétrécir le trajet, rarement elle l'a oblitéré complètement. On a vite dit qu'il faut rôtir au thermocautère l'orifice rectal de la fistule; il est plus malaisé d'apporter des faits démontrant l'efficacité de cette pratique. Dans notre cas, le calibre trajet était trop large pour qu'on pût attendre guérison de la thermocaustie, non plus que de la galvanocaustie thermique.

Quelques chirurgiens conseillent pourtant la galvanocaustie. Elle permet évidemment de pénétrer dans le trajet, d'agir mieux qu'avec le Paquelin, mais elle ne s'applique guère qu'aux fistules étroites. Schwartz a publié un succès, la fistule était courte et étroite (*Union médicale*, 1874). J'en dirai autant de l'*Electrolyse positive*. Une fois, en trois séances, j'ai pu oblitérer une fistule ombilicale du diverticulum de Meckel. Des gaz s'échappaient souvent avec bruit et aussi de temps en temps des matières liquides. La guérison se maintient depuis quinze ans et le trajet paraît fermé dans toute sa longueur. J'ai essayé l'électrolyse positive pour une fistule uréthro-rectale ancienne peu large. Après deux séances très pénibles pour le malade, rien n'était changé et mon client a gardé sa « cruelle infirmité ».

Digitized by Google

Louis Peyr,., 40 ans, fistule uréthro-rectale survenue à 19 ans, à la suite d'une prostatite blennorrhagique. Lors des mictions, toujours une ou deux cuillerées à dessert d'urine passent dans le rectum, assez souvent des gaz sifflent au méat, de loin en loin quelques parcelles de matière fécale sortent par l'urèthre. On a essayé le cathétérisme sous toutes ses formes, la dilatation du rectum. Le malade, très incommodé, dyspeptique, pisse une dizaine de fois par jour, avec, de temps en temps, de vives douleurs de cystite. En mai 1884, sur sa demande je pratique deux séances d'électrolyse positive à 20 milliampères, douleurs vives irradiées au gland, à l'hypogastre, au périnée. Aucun résultat. En 1889, je propose une opération semblable à celle qui m'avait réussi chez Arra..., en 1887.., mais Peyr... n'accepte pas. Il argue de sa faiblesse et puis il porte un gros kyste du foie que j'ai ponctionné à deux reprises, y injectant chaque fois une solution de sublimé à 1/10 000 Il s'est reproduit rapidement après chaque injection. La laparotomie est refusée par le malade, vraiment démoralisé et vaincu par de longues années de constantes souffrances.

5° La suture par voie rectale après avivement, semblable à celle de la méthode américaine pour les fistules vasico-vaginales, est ici très difficile. Pour si largement qu'on dilate l'anus, on a peu de place pour les manœuvres opératoires et on n'oblitère qu'une portion du trajet. Dans la portion non oblitérée, cul-de-sac plus ou moins large, plus ou moins profond, l'urine, presque toujours en ces cas septiques, stagnera et pourra s'opposer au succès de la suture. Si la réunion a lieu, n'est-il pas à craindre que ce diverticule devienne l'occasion d'un abcès urineux, le siège de dépôts phosphatiques? Je ne crois pas que cette méthode compte beaucoup de succès. Thompson l'a appliquée deux fois, mais il n'indique pas les résultats définitifs qu'il en a obtenus. Duplay réussit après deux interventions difficiles et accidentées (*Thèse* de Devin, 1875). Nott a réussi une fois (*New-York med. journ.* 1870).

6° Le procédé que j'ai employé n'est pas entièrement nouveau. A. Cooper a fait une opération analogue, moins la su-

Digitized by Google

ture des orifices fistuleux. Son malade avait longtemps gardé une sonde à demeure dans l'urèthre, l'urine passait toujours dans le rectum. A. Cooper pratiqua alors l'opération suivante :

« Après avoir placé un cathéter dans la vessie, j'introduisis le doigt dans le rectum et j'incisai comme pour l'opération de la pierre, sur le côté gauche du raphé, jusqu'à ce que je sentisse la sonde à travers le bulbe. Je plongeai alors un couteau à deux tranchants dans le périnée entre la glande prostate et le rectum, ayant l'intention de diviser ainsi la communication fistuleuse établie entre l'urèthre et l'intestin. Une mèche de charpie fut introduite dans la plaie et un cataplasme appliqué par dessus. Lorsque la charpie fut retirée, on s'aperçut que l'urine coulait à travers l'ouverture pratiquée dans le périnée. L'ouverture fistuleuse du rectum se ferma graduellement et celle du périnée se cicatrisa ensuite promptement. Dès lors, l'urine reprit entièrement son cours normal ».

M. Tillaux a proposé une opération analogue, destinée à séparer les orifices uréthral et rectal de la fistule pour qu'ils se cicatrisent isolément.

Il m'a semblé que la suture de chacun des orifices donnait des chances plus grandes de succès. L'avivement infundibuliforme de l'orifice rectal a été facile malgré la profondeur : grâce au refoulement en arrière du rectum mobilisé, on a de la place pour les manœuvres, et de grandes surfaces ont pu être juxtaposées. C'est une condition indispensable pour que la réunion ait lieu.

J'ai eu plus de difficultés pour l'avivement et la réunion de l'orifice uréthral. Elles venaient de la dureté, de la résistance scléreuse des tissus. Je ne peux affirmer que l'occlusion ait été parfaite, qu'un peu d'urine n'ait passé. D'ailleurs, une fois la communication avec l'intestin supprimée, je devais me trouver dans les conditions d'une fistule périnéale,

Digitized by Google

et l'on sait que la guérison se fait ordinairement dès que l'urèthre est largement calibré.

En 1889, au Congrès français de Chirurgie, Ziembicki a relaté un cas où il avait réussi par une opération analogue à la mienne. Ce chirurgien avait mobilisé, plus largement encore que moi, le rectum pour avoir un abord plus facile des orifices fistuleux. Après les avoir suturés, il imprima au rectum un mouvement de torsion destiné à mettre en contact avec la suture de l'urèthre une portion saine de la paroi. L'adhérence devait être ainsi plus rapide et plus sûre ; je ne crois pas néanmoins que les chances de guérison soient réellement augmentées par cette manœuvre, à laquelle d'ailleurs il n'y a pas d'objection à faire.

Ce n'est pas sur un nombre aussi restreint de faits qu'il est possible de juger de la valeur d'une telle opération. Elle ne présente pas de grandes difficultés, et l'impression qui m'en est restée est assez favorable ; aussi je l'emploierai encore si l'occasion s'en présente.

Dans le fait suivant, il s'agit d'une fausse route. Le canal de l'urèthre, rétréci dans la région bulbaire, fut traversé par une bougie de Gouley qui perfora le rectum à 2 centimètres au-dessus de l'anus. Quelques gouttes d'urine coulaient dans le rectum à chaque miction, le contenu intestinal ne passait jamais dans l'urèthre. Une masse indurée occupait la partie centrale du périnée, quand le malade entra dans mon service, quatre mois après l'accident de fausse route. Deux orifices s'ouvraient en arrière du scrotum par lesquels s'échappait près des trois quarts de l'urine.

Je pratiquai la résection des masses scléreuses après incision antéro-postérieure médiane, fendant largement le rétrécissement. En arrière du bulbe j'ajoutai une incision transversale profonde de 2 centim. Cinq points de suture reconstituèrent l'urèthre. Alors je fendis la paroi ano-rectale depuis l'orifice fistuleux jusqu'à la marge de l'anus

Digitized by Google

inclusivement et suturai de haut en bas comme je l'ai fait souvent pour les fistules anales.

La réunion immédiate totale fut obtenue du côté de l'anus et du rectum. Un point manqua en avant pour la suture reconstituant l'urèthre, mais, le 30 juin 1893, vingt-cinq jours après l'opération, cette étroite fistule était fermée, et le Béniqué 56 passait facilement.

J'ai revu le malade en décembre 1896. Il urinait largement, bien qu'il n'eût pas introduit de bougie depuis plus d'un an, mais je n'ai pu obtenir de mesurer le calibre de son canal.

J'estime que ces faits déposent en faveur des incisions étendues, mettant à nu les orifices fistuleux qui seront régulièrement suturés après avivement large de leurs bords.

La reconstitution de l'urèthre sera presque toujours possible dans les cas d'incision peu profonde. Après mon maître et ami Daniel Mollière, j'ai appliqué la suture dans un certain nombre de cas, dont quelques-uns sont rapportés dans un remarquable travail de mon interne M. Villard (*Archives provinciales de Chirurgie*). Que la réunion immédiate soit totale ou partielle, le temps nécessaire pour la guérison est ordinairement moindre que celui qu'il faut dans les cas où on ne fait pas la suture.

Dans le cas où il faut décoller haut le rectum pour la cure d'une fistule uréthro-rectale par le procédé que j'ai employé, il vaut mieux ne pas suturer l'incision périnéale. Un peu d'urine suintant souvent, la suture est compromise et l'infiltration, l'inflammation réduisent à néant le résultat de l'opération. Cela est arrivé à mon éminent collègue, M. Lejars. Il s'agissait d'une fistule recto-uréthrale chez un jeune enfant. Le décollement du rectum permit la suture des orifices fistuleux uréthral et rectal. M. Lejars sutura le périnée. Malgré une sonde à demeure, un peu d'urine filtra dans le foyer fermé par la périnéorrhaphie, et tout fut détruit. Quelque

Digitized by Google

temps après, la même opération, mais sans suture de l'incision périnéale, fut couronnée de succès[1].

BIBLIOGRAPHIE

VOILLEMIER : *Traité des maladies des voies urinaires,* vol. I, pag. 423.

HAMONIC : *Traité des rétrécissements de l'urèthre,* 1893.

GROSS : *Practical treatise of the urinary diseases*, 3e édit., 1876. Philadelphie.

GOULEY : *Diseases of the urinary organs,* 1873, pag. 243.

TIEDEN-BROWN : *In genito-urinary diseases by Morow*, vol. I.

R. HARRISON : *Surgical, disorders of the urinary organs*, 4e édit., 1893.

LE SÉRO-DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE

REVUE GÉNÉRALE ET NOUVELLE STATISTIQUE

Par le Dr **A. LAGRIFFOUL**
Chef des Travaux de Microbiologie à la Faculté de Médecine
Ancien Chef de Clinique médicale, Licencié ès Sciences naturelles

(*Suite. — Voir nos 1 et 4, pag. 1 et 92*).

V. — Résultats fournis par le séro-diagnostic dans les cas de tuberculose chirurgicale

Dans les cas de tuberculose chirurgicale, M. Arloing, dans sa première statistique du Congrès de Montpellier, a eu 91 °/₀ de cas positifs.

MM. Arloing et Courmont, au Congrès de Paris 1898,

[1] LEJARS, *Leçons de chirurgie,* 1895.

Digitized by Google

disent que, sur 12 cas de tuberculose chirurgicale, ils ont eu 12 cas positifs, c'est-à-dire 100 °/₀.

Buard, dans sa thèse, donne 8 cas qui tous aussi ont été positifs.

M. Courmont, sur 13 cas d'ascite tuberculeuse, n'a eu que 2 résultats négatifs ; ces 2 cas se rapportaient à des formes cliniquement très graves. Sur 20 cas d'ascites non tuberculeuses, il a eu 20 résultats négatifs.

Les épanchements méningés tuberculeux, on ne s'explique pas trop bien pourquoi, ne semblent pas, en général, posséder de pouvoir agglutinant. Sur 3 cas, M. Courmont a eu 3 résultats négatifs. On ne pourra donc pas, semble-t-il, tirer un grand secours de la séro-réaction tuberculeuse pour le diagnostic des méningites. Le fait a, du reste, été confirmé par plusieurs autres auteurs, en particulier par M. Donath et par M. Hawthorn.

Clément a plus spécialement étudié dans sa thèse le séro-diagnostic dans les cas de tuberculose chirurgicale. Sur 55 cas très bien observés, le séro-diagnostic a été positif 41 fois, c'est-à-dire dans 75 °/₀ des cas, et négatif dans 14 cas, c'est-à-dire dans 25 °/₀ des cas. Sur 10 cas de lupus, 8 ont été positifs et 2 négatifs. Si maintenant nous rangeons ces cas suivant le plus ou moins de gravité du pronostic, nous voyons que, sur 6 cas graves, 6 ont donné un résultat négatif; sur 24 cas bénins, 24 ont donné un résultat positif, et sur 17 cas dont le pronostic était à réserver, il y a eu 9 cas positifs et 8 négatifs.

VI — **Résultats fournis par le séro-diagnostic chez les sujets atteints d'affections diverses et chez les sujets sains.**

D'après toutes les statistiques précédentes, on peut admettre, je crois, d'une façon indiscutable, que les cultures homogènes du bacille de Koch sont agglutinées par le sérum ou

Digitized by Google

les sérosités des sujets tuberculeux, que ce fait est absolument général, qu'il se produit aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte et pour les diverses localisations de la tuberculose : tuberculose pulmonaire, tuberculose chirurgicale, épanchements tuberculeux (avec une restriction pour les épanchements méningés).

Mais une grosse question se pose de suite à l'esprit ; cette agglutination ne peut-elle pas se produire avec le sérum de sujets atteints d'affections diverses ou le sérum de sujets sains ? Voyons donc les résultats publiés dans cet ordre d'idées.

M. Arloing, au Congrès de Montpellier, dit qu'il a obtenu un résultat positif 34 fois °/₀ dans des affections diverses dont quelques-unes, à vrai dire, superposées à la tuberculose.

MM. Arloing et Courmont, au Congrès de Paris 1898, annoncent que, sur 21 maladies différentes, ils ont eu 7 fois un résultat positif et, fait qu'il me paraît bon de retenir d'après ce que j'ai pu observer moi-même, sur 9 cas de fièvre typhoïde, 6 fois ils ont eu un résultat positif.

MM. Mongourd et Buard, sur 31 affections diverses, ont eu, il est vrai, 18 résultats positifs, mais ces sujets avaient, en outre, une tuberculose latente manifeste. Les 13 autres sujets atteints d'affections diverses non tuberculeuses et sans tuberculose apparente ont tous donné des résultats négatifs.

Carrière a également étudié le séro-diagnostic d'Arloing chez des sujets porteurs d'affections diverses : dans 75 °/₀ des cas, il a obtenu un résultat positif, mais ce n'est pas à l'encontre de la méthode, dit-il, car si la plupart des sujets n'avaient pas été reconnus tuberculeux pendant la vie, à l'autopsie on eut la preuve du contraire.

On a également fait un certain nombre de recherches sur le sang des sujets normaux.

Arloing a trouvé un résultat positif 22 fois °/₀ chez des sujets en apparence bien portants.

Digitized by Google

Arloing et Courmont, au Congrès de Paris 1898, disent que, sur 16 sujets sains, ils ont eu 5 résultats positifs, soit 30 °/₀.

Dans une statistique ultérieure, ces mêmes auteurs, sur 41 sujets sains en apparence, ont eu 11 cas positifs, soit 27 °/₀.

Buard, dans les expériences qu'il a faites avec le sérum sanguin normal, a obtenu, le plus souvent, une réaction nulle, ou bien une réaction faible ou douteuse, et cela au bout d'un temps au moins trois fois plus long que celui dans lequel se fait l'agglutination par le sérum des tuberculeux.

Nous avons déjà dit incidemment qu'Ivanow avait trouvé, chez des sujets sains, 60 °/₀ de cas positifs, déniant ainsi toute valeur clinique au séro-diagnostic, mais que, même en admettant l'absence d'erreur de technique, sa statistique portait sur un nombre de cas véritablement trop restreint, pour que l'on pût en tenir grand compte.

A l'encontre d'Ivanow, Hawthorn trouve, comme Buard, d'après les quelques cas étudiés par lui à ce point de vue, qu'en général le sérum des sujets normaux n'agglutine pas le bacille de Koch, ou du moins ne l'agglutine que très incomplètement et tardivement. Il ne va pas cependant jusqu'à affirmer que jamais le sérum sanguin d'un sujet sain ne pourra agglutiner comme celui d'un tuberculeux ; mais il lui semble, d'après son expérience personnelle, qu'un pareil cas sera toujours une exception.

(A suivre).

Digitized by Google

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

Séance du 16 janvier 1903

Présidence de M. Forgue.

Etaient présents : MM. Vedel, Guérin, Ardin-Delteil, Abadie, Lagriffoul, Leenhardt, Gaussel, Mme Gaussel, Rimbaud, Sarradon, Maystre, Pagès.

M. Ardin-Delteil relate l'observation d'un homme, âgé de 42 ans, entré le 5 décembre 1902 dans le service de M. le professeur Carrieu. Le diagnostic porté fut celui de pleurésie gauche, avec épanchement et congestion pulmonaire (probablement de forme splénopneumonique), chez un tuberculeux.

Sept jours après son entrée, on fait une *thoracentèse* qui donne 550 centimètres cubes d'un liquide séro-fibrineux de teinte verdâtre.

Le *cytodiagnostic* montra une réaction leucocytaire à mononucléaires, où dominait la *lymphocytose* (lymphocytes 65 % ; grands mononucléaires 30 % ; cellules endothéliales et polynucléaires 5 %). Or, les préparations se faisaient remarquer par une abondance de diplocoques encapsulés, présentant toutes les réactions des *pneumocoques*. Ce fait, en contradiction formelle avec les notions couramment admises sur les formules leucocytaires des épanchements pleuraux, est intéressant à signaler.

Il paraît fondé d'en conclure que la lymphocytose, dont on a voulu faire un caractère absolument spécifique des pleurésies tuberculeuses, peut se rencontrer dans d'autres conditions. Dans l'observation relatée, elle semble être en relation, non avec un processus de tuberculisation, mais bien plutôt avec l'*atténuation très marquée d'une pneumococcie thoracique*, survenue chez un tuberculeux. Cette explication est d'autant plus plausible que le séro-diagnostic d'Arloing et Courmont que M. Lagriffoul a eu l'extrême obligeance de pratiquer sur le sang du malade et sur la sérosité pleurale, a été très positif pour le sérum sanguin et absolument négatif pour le liquide pleurétique, preuve que l'épanchement n'était pas de nature tuberculeuse.

Digitized by Google

La lymphocytose serait donc surtout l'indice d'une réaction inflammatoire d'une intensité relativement faible. Elle appartiendrait aussi bien aux infections tuberculeuses de réaction souvent peu marquée (pleurésie méningite) qu'à certaines infections banales, habituellement très inflammatoires et se traduisant alors par de la polynucléose mais ne faisant parfois que de la mononucléose par atténuation du virus. Ici, une autre preuve de l'atténuation du pneumocoque est fournie par ce fait que la pleurésie n'a pas subi l'évolution habituelle vers la purulence.

M. Vedel. — L'observation qui vient d'être relatée mérite considération et discussion. Il s'agirait d'une pleurésie séreuse lymphocytaire et pneumococcique non tuberculeuse (sérosité pleurale n'agglutinant pas les bacilles en culture homogène) chez un tuberculeux (serum agglutinant). Admettons que l'épanchement ne soit pas tuberculeux, laissant de côté aussi la question des infections associées si fréquentes au cours de la pleurésie tuberculeuse aiguë, nous trouvons-nous en présence d'une contradiction aux grandes lois cytologiques établies par Widal et Ravaut, avec cette réaction lymphocytaire pneumococcique. Je ne dis pas que des exceptions ne puissent se produire, et M. Ardin-Delteil n'a pas manqué de signaler les deux ou trois qui se perdent, du reste, dans la masse des faits confirmatifs de la haute valeur du cytodiagnostic. Mais j'estime qu'avant de considérer un fait comme exceptionnel, il faut essayer de l'interpréter à l'aide des données acquises. Or, nous savons qu'un processus infectieux non tuberculeux peut devenir lymphocytaire, après avoir été polynucléaire, quand son acuité s'éteint

Nous avons été mis en garde contre l'interprétation erronée de ces réactions lymphocytaires tardives, secondaires, consécutives aux réactions polynucléaires d'infection aiguë non tuberculeuse. En l'espèce, on est en droit de se demander à combien de temps remontait cette pleurésie ponctionnée sept jours après l'entrée du malade à l'hôpital. Il eût fallu pouvoir mettre en parallèle l'évolution clinique de ce cas et la réaction leucocytaire. Il se peut, en effet, que l'on ait eu affaire à une pleurésie pneumococcique survenue chez un tuberculeux, arrivée à un stade ultime de son évolution aiguë, à un moment où la réaction lymphocytaire constatée aurait remplacé la réaction polynucléaire qui n'aurait pas été vue. Dans ces conditions, l'observation de M. Ardin-Delteil, tout en conservant son

Digitized by Google

intérêt, rentrerait dans les cadres et ne constituerait pas une anomalie.

Quant à dire que la lymphocytose n'est que l'indice d'une inflammation atténuée, la polynucléose d'une inflammation intense, il faudrait l'établir. Sans doute les processus chroniques sont lymphocytaires et les poussées aiguës dont ils s'accompagnent par moments se traduisent par une sorte d'explosion polynucléaire. Sans doute, il est assez tentant de dire : toute infection aiguë est polynucléaire; toute infection subaiguë et chronique lymphocytaire. Les processus tuberculeux commenceraient par une phase écourtée de polynucléose pour demeurer ensuite lymphocytaires ; les processus non tuberculeux resteraient longtemps polynucléaires, ne devenant lymphocytaires qu'à leur déclin. Cela est possible, et j'ai déjà exprimé cette idée dans la thèse de mon frère sur les méningites cérébro-spinales. Cependant, il faut bien savoir qu'à côté du degré de l'infection, la qualité de l'infection ne doit pas être perdue de vue ; qu'à côté de la masse des infections polynucléaires il y a tout un groupe d'infections qui semblent se marquer électivement par des réactions mononucléaires telles que la tuberculose, la syphilis, la variole, etc.

D'autre part, je puis citer un fait assez significatif : j'ai observé récemment avec M. le professeur Carrieu un cas de spléno-pneumonie chez un militaire dont le séro-diagnostic tuberculeux s'est montré positif. Au décours de cette spléno-pneumonie, j'ai pu retirer de la plèvre quelques centimètres cubes de sérosité pleurale, alors que les ponctions des jours précédents s'étaient montrées absolument blanches. J'étais certainement dans d'excellentes conditions pour examiner cytologiquement un liquide de formation toute récente : la formule était superbement lymphocytaire et je n'avais pu surprendre cette phase de polynucléose que je cherchais au début d'un épanchement tuberculeux. Je ne veux pas tirer de ce simple fait un grand argument contre une hypothèse qui m'avait séduit et que je n'abandonne point. Mais je tenais à présenter ces quelques réflexions pour montrer que le bloc du cyto diagnostic n'est pas encore ébranlé et qu'en somme, si l'on veut bien se placer dans les conditions de l'observation habituelle, sur le terrain pratique, le cyto-diagnostic reste un excellent moyen de différenciation des inflammations séreuses aiguës qui, pour mon compte, ne m'a jamais déçu. Seulement, il me paraît de toute nécessité de ne point se faire l'esclave d'une formule leucocytaire isolée ; pour lui donner

Digitized by Google

toute sa valeur, il faut la mettre en parallèle avec l'évolution clinique et, autant que faire se peut, la contrôler par l'examen bactériologique. Bactériologie, cytologie et clinique ne sauraient être séparées si l'on veut ne point se laisser égarer dans l'interprétation des faits.

M. Ardin Delteil a cru bon de communiquer son observation parce que les faits exceptionnels doivent être publiés dans l'intérêt de l'étude de la pathologie générale des séreuses. Au reste, il a pu retrouver quelques faits analogues au sien et, en face de l'observation d'épanchement pleurétique au décours d'une spléno-pneumonie cité par M. Vedel, on peut mettre des cas comme celui de Barjon et Cade, où l'on trouva, au troisième jour d'une pleurésie tuberculeuse, une polynucléose manifeste.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL SUBURBAIN
Service de M.Carrieu. Suppléance de M. Vedel

Méningite cliniquement tuberculeuse, cytologiquement polynucléaire, bactériologiquement méningococcique[1]

Par V. Vedel, professeur-agrégé et L. Rimbaud, interne des hôpitaux

Le 9 octobre 1902, entrait salle Combal n° 20, avec des symptomes d'embarras gastrique fébrile : anorexie, langue saburrale, nausées, constipation, céphalalgie, lassitude générale, T. 38°3, un homme de 39 ans, charretier de profession.

L'état morbide devant lequel on se trouve s'est installé il y a déjà un mois environ, peu à peu, avec des vomissements et de la diarrhée, sans débuter par aucun phénomène bruyant ni s'accompagner d'aucun phénomène inquiétant.

Le malade toussote depuis 2 à 3 ans sans expectoration actuelle ni amaigrissement appréciable. Il a présenté une hémoptysie il y a 6 mois et sa femme serait morte phtisique il y a quelques années.

A l'auscultation : râles de bronchite disséminés à droite avec craquements secs au sommet; sous-crépitants avec matité et vibrations augmentées au sommet gauche.

Diagnostic : embarras gastrique tuberculeux.

[1] Communication faite à la *Société des Sciences médicales*. Séance du 16 janvier 1903.

Digitized by Google

Dans les jours qui suivent, l'état reste sensiblement le même. T. 37°8 matin, 38°6 soir, P.=92 — 37°9 et 38° — 38°1 et 38°2 — 37°6 et 37°2. Cependant l'on voit s'affirmer un contraste de jour en jour plus marqué entre l'état général de plus en plus abattu et les symptomes locaux, qui restent peu modifiés jusqu'au 14 octobre.

A ce moment, l'aggravation est manifeste : nausées fréquentes, céphalée intense, constipation forte, abattement profond. *Signe de Kernig positif.* T. 37°8 et 37°3.

Diagnostic : méningite tuberculeuse.

Dès le lendemain, les signes de méningite s'accentuent : raideur de la nuque, état de contracture des membres, position recroquevillée. Raie méningitique. Vomissements verdâtres. Pas de modifications anatomiques ou fonctionnelles des pupilles. T. 37°6 et 38°2. P. 76. On prescrit 3 grammes d'iodure de potassium.

Nous voici au 16 octobre : le Kernig est plus marqué, la prostration et l'obnubilation sont des plus accentuées.

Ponction lombaire : liquide clair, écoulement très lent, 4 à 5 centimètres cubes retirés, centrifugation immédiate, culot à peine perceptible.

Examen cytologique... : Polynucléaires 70 °/₀.
Grands mononucléaires 13 °/₀.
Lymphocytes 17 °/₀.

Examen bactériologique : Meningocoques de Weichselbaum, intra et extra-cellulaires très discrets.

Examen chimique..... : Absence d'iodure.

La ponction ne s'accompagne d'aucun effet immédiat L'état semble devoir empirer rapidement ; aussi, craignant une issue fatale à brève échéance, la famille retire par amour-propre le malade de l'hôpital dans la soirée.

En fait, il meurt le 23, après avoir présenté quelques phénomènes complémentaires dont a bien voulu nous faire part son médecin, le docteur Sahut, à la date du 20.

D'abord, contractures et mouvements convulsifs dans les membres supérieurs et la face, perte de connaissance, respiration stertoreuse, insensibilité pupillaire, T. 37°5.

Puis, légère accalmie : connaissance momentanée, respiration plus calme, pupilles quelque peu sensibles, coïncidant avec une débacle intestinale provoquée.

Enfin, aggravation progressive et coma terminal.

(A suivre).

Digitized by Google

BIBLIOGRAPHIE

HENRY MEIGE et E. FEINDEL. — **Les tics et leur traitement,** avec une Préface du professeur BRISSAUD. Paris, Masson, 1902.

Nous sommes bien en retard pour dire de ce livre tout le bien que nous en pensons.

C'est là un ouvrage qui a la rare fortune de s'adresser aussi utilement au savant et au praticien, au spécialiste du système nerveux et au clinicien en général. Tous trouveront à le lire un grand charme d'abord, un plus grand profit ensuite.

Les auteurs développent les idées si ingénieuses et si intéressantes de leur éminent Maître, Brissaud.

L'idée maîtresse est de montrer le rôle considérable, capital, que le psychisme et, par suite, l'écorce cérébrale jouent dans la pathogénie des tics.

Le tic est une fonction psychique et corticale. Voilà le grand principe que tout le monde doit admettre aujourd'hui. J'ai pu chicaner sur le mot *mental*, que je voudrais réserver pour les troubles du psychisme *supérieur*. Mais c'est un détail. Disons *psychique* et *cortical* et tout le monde l'admet; et tout le monde voit à la fois la nouveauté du point de vue et sa fécondité.

Car cette conception éclaire fortement d'abord la *pathogénie;* il y a d'abord une adaptation intentionnelle qui, à la longue, devient inconsciente; c'est-à-dire que le psychisme entier préside d'abord au mouvement; puis l'*habitude* morbide se substitue à l'intention volontaire : seul, le psychisme inférieur ou automatique préside alors au mouvement devenu morbide, et le tic est constitué.

Et cette doctrine pathogénique conduit à un *traitement*, ce qui est une joie pour le médecin, découragé jusqu'ici par son impuissance antérieure devant une maladie si tenace à la fois et si profondément gênante.

Cette thérapeutique est admirablement rationnelle. Le tic s'est constitué par l'abdication du psychisme supérieur et l'invasion d'un acte automatique inutile. Le traitement tend à supprimer cet acte automatique inutile en stimulant et en dirigeant une nouvelle et active intervention du psychisme supérieur.

Le livre commence par un long et fin récit des misères d'un tiqueur. Ces « confidences » donnent à l'ouvrage entier un point de départ clinique solide et curieux en même temps.

Après un chapitre de critique historique, arrive l'étude *pathogé-*

Digitized by Google

nique, qui est vraiment le gros morceau, je dirai volontiers la partie capitale, celle *qui restera*, quoi qu'il arrive des autres. L'étiologie complète la pathogénie.

Ensuite vient l'analyse symptomatique complète et détaillée : état mental des tiqueurs, différentes espèces et formes de tics, symptômes accessoires... évolution, parenté morbide : c'est l'étude *clinique*, qui conduit au *diagnostic* et au *pronostic*.

Il y a là une documentation extrêmement précieuse qui, je le répète, ne peut pas être remplacée et qui sera toujours utilisée, quels que soient les progrès et les surprises que nous réserve l'avenir.

Enfin arrive le *traitement :* les divers moyens déjà employés depuis un temps plus ou moins long (médicaments, régime, hygiène, hydrothérapie, massage,... traitement chirurgical, orthopédique...) et surtout le traitement *rééducateur*.

On trouvera l'exposé complet et détaillé des deux grands procédés de traitement : l *immobilisation des mouvements* et les *mouvements d'immobilisation*....

Un livre de ce genre ne peut pas se résumer. Il faut le lire.

Je ne demande aux élèves et aux Confrères que de commencer à le lire. Certainement alors, ils en achèveront la lecture jusqu'à la dernière page ; je leur garantis qu'ils ne regreteront pas le temps consacré à cette lecture.... et leurs malades non plus.

J. G.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

—

Tableau des Actes du 5 au 9 Janvier 1903.

Mardi, midi 1/2, concours de professeur suppléant (de Marseille).

Mercredi, midi 1/2, thèse, examinateurs : MM. Forgue, Estor, L. Imbert, Jeanbrau ; candidat : M. Blanchard.

Vendredi, midi 1/2, 3e examen, 1re partie, examinateurs : MM. Estor, Vallois, L. Imbert ; candidats : MM. Bonan, Djiritis, Vigouroux.

Samedi, midi 1/2, 3e examen, 2e partie, examinateurs : MM. Granel, Ducamp, Vires ; candidats : MM J. Scemama, A. Scemama. — Midi 1/2, thèse, examinateurs : MM. Grasset, Bosc, Rauzier, Vedel ; candidat : Mlle Abramovitch.

L'Éditeur-Gérant : P. DELORD-BOEHM.

Montpellier. — Imprimerie DELORD-BOEHM ET MARTIAL.

Digitized by Google

N° 6 8 FÉVRIER 1903. TOME XVI

MONTPELLIER MÉDICAL

Journal Hebdomadaire paraissant tous les Dimanches

FRACTURE DE L'ASTRAGALE

Par MM. GALAVIELLE et GAGNIÈRE

Pendant fort longtemps on a considéré les fractures de l'astragale comme fort rares, c'est à peine si les ouvrages classiques y consacrent quelques lignes, et dans la plupart des cas signalés par les auteurs, ces derniers les considéraient plutôt comme des trouvailles d'autopsie.

Il existait toutefois quelques observations, peu nombreuses d'ailleurs, où on avait pu asseoir le diagnostic sur le signe de Rognetta (sensation du sac de noix), d'autres où on avait eu affaire à une plaie ouverte à la suite d'un grand traumatisme (écrasement par une roue de voiture).

Ce qui rendait difficile aux cliniciens, même les plus exercés, l'établissement de ce diagnostic, c'est que ces fractures ne se révèlent habituellement que par des signes vagues et inconstants, si bien qu'on ne trouve rien de suffisant dans les descriptions qui permette de former un tableau symptomatique précis.

Aussi étaient-elles considérées comme exceptionnelles jusqu'au moment où parut l'intéressant article de Destot (dans l'*Echo médical de Lyon*, 1897), où celui-ci, appliquant les rayons X au diagnostic des fractures de l'astragale, put

Digitized by Google

ainsi, par un nouveau moyen de contrôle, permettre au chirurgien d'affirmer la lésion.

Notre but n'est pas d'entreprendre une étude des fractures de l'astragale, mais ayant eu occasion d'en observer un cas où la radiographie nous a permis de confirmer le diagnostic, nous le donnons à titre de fait isolé.

C... Frédéric, âgé de 28 ans, régisseur, était monté, le 20 décembre 1901, sur une jardinière. Arrivé auprès du bois de la Moure, la voiture dut franchir une branche qui barrait la route et l'individu qui la montait fut renversé à terre. Il tomba d'abord sur le pied droit incliné en varus, mais ce dernier n'ayant pu le supporter à cause de la violence du choc, il s'assit sur le sol. Au moment de la chute, il n'éprouva pas de douleur, mais il ne put se relever. L'individu qui lui porta secours, tira fortement sur le pied et le lui remit en place. Pendant qu'on lui faisait cette opération, le malade entendit un bruit de craquement. Ayant alors essayé de se relever, il ne put se tenir sur sa jambe à cause d'une vive douleur au niveau de la cheville.

Dès qu'il ne portait plus sur sa jambe, la douleur disparaissait, mais dès qu'on provoquait des mouvements de la région malade la douleur augmentait. En même temps le cou du pied ne tardait pas à s'enfler et ce gonflement augmentait durant 24 heures.

Le lendemain de l'accident en examinant le malade, on constate les symptômes d'un épanchement sanguin très abondant et extra-articulaire au niveau de la région tibio-tarsienne, qui se traduit par deux grandes ecchymoses, s'étendant de l'articulation tibio-tarsienne jusqu'à la jonction du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de la jambe droite. Le pied est très fortement enflé, il semble un peu projeté en avant, il est quelque peu aplati au niveau du talon et les sillons qui encadrent le tendon d'Achille sont moins marqués qu'à l'état normal. Il est toutefois un peu in-

Digitized by Google

cliné en varus. Le malade peut produire quelques mouvements de flexion du pied, mais les mouvements latéraux sont impossibles ; durant ces mouvements on ne perçoit pas de crépitation. Au repos, quand on exerce une pression au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, qu'elle porte au niveau de la partie inférieure du péroné, ou sur la face dorsale ou plantaire du pied, il n'éprouve pas de douleur ; celle-ci ne se produit que par le mouvement. Au contraire, le tiers inférieur de la jambe où siègent les ecchymoses est douloureux. On met sur la région malade des compresses d'eau blanche et on lui fait quelques séances de massage.

Le 26 décembre, M. le professeur Forgue, appelé en consultation, soupçonne une fracture de l'astragale. Il conseille de faire une radiographie de la partie malade. L'œdème avait un peu diminué, pas de douleur au niveau du pourtour de l'articulation tibio-tarsienne, les ecchymoses persistent. Le malade ne peut pas encore se tenir sur sa jambe, mais il peut toutefois appuyer le pied sur le sol. On continue le massage et on fait de la compression au niveau de la région œdématiée.

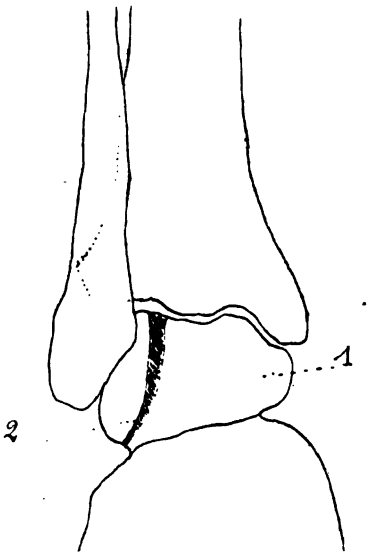
Le 31 décembre, l'œdème de la région malléolaire diminue de plus en plus, les mouvements deviennent plus faciles, la douleur tend à disparaître, le malade peut se soulever et se maintenir sur sa jambe, mais il est incapable de marcher. Il ne peut pas encore supporter une chaussure même légère.

Le 2 janvier 1902, le gonflement et les ecchymoses tendent à disparaître. Même en s'appuyant sur sa canne, il ne peut se maintenir sur le pied malade sans se soutenir en même temps sur le pied sain. Il peut cependant faire quelques pas; mais durant la marche, la flexion du pied s'effectue difficilement, et ce dernier restant légèrement en varus la malléole externe semble abaissée vers le sol. Les mouve-

Digitized by Google

ments d'extension et de flexion peuvent se faire, mais ils sont toujours limités par rapport au pied opposé ; les mouvements de latéralité ont un peu plus d'amplitude. On continue le massage et on conseille au malade quelques frictions alcooliques.

Le 18 janvier, le malade peut porter une chaussure, il essaie de reprendre son service. Il peut se tenir debout durant une heure à une heure et demie, mais au bout de ce temps le repos devient obligatoire. Les mouvements sont encore limités, mais ils deviennent plus amples. L'œdème et les ecchymoses ont en partie disparu.



1. Astragale. — 2. Direction de la ligne de fracture.

Le 17 mars, le malade fait avec son pied tous les mouvements, extension, flexion, rotation en dedans et en dehors, mais ceux-ci sont encore limités. Il peut marcher assez vite ; toutefois, quand il veut descendre un escalier et qu'il est obligé de faire porter tout le poids du corps sur la partie malade, il n'est pas solide, et, la flexion du pied se faisant

Digitized by Google

d'une façon incomplète, il descend latéralement. On lui conseille un bain d'eau salée aussi chaude que possible et d'exercer encore un peu de compression sur la région.

Le 19 décembre 1902, il y a actuellement un an environ que le malade a été victime de son accident; le pied droit est un peu plus gros et un peu plus aplati que le pied gauche; les mouvements de flexion, d'extension et de latéralité sont un peu gênés, mais le malade remplit sans fatigue ses occupations.

L'examen radiographique, fait vers le 31 décembre 1901, avait montré que l'astragale était fracturée.

La ligne de fracture passait au niveau des deux tiers externes de la poulie de l'astragale, se dirigeant d'arrière en avant et de dedans en dehors et aboutissant à la partie externe du col de ce même os.

Il ressort de notre observation que, sans la radiographie, nous aurions pu penser à une simple entorse, et ce fait vient à l'appui des conclusions de Destot, sur la fréquence des fractures des os du pied dans les traumatismes de cette région, qu'elles soient directes ou indirectes.

Elle montre aussi que ces fractures ne s'accompagnent généralement pas de déplacement, guérissent très facilement et assez vite sous l'influence du massage et de la mobilisation.

Digitized by Google

DIAGNOSTIC PATHOGÉNIQUE

DES

ÉPANCHEMENTS PLEURAUX

PAR LE DOCTEUR **P. ARDIN-DELTEIL**
Chef de Clinique médicale.

(*Suite et fin. — Voir n° 5, pag. 105*).

b) Le *cyto-diagnostic* a prétendu se substituer à toutes les méthodes précédentes, grâce à la réputation, bien méritée d'ailleurs, d'élégance, de rapidité, de précision, qui lui conféra une vogue si rapide.

Sa création repose sur deux principes fondamentaux :

1° Rassembler sous le plus petit volume le plus grand nombre possible d'éléments cellulaires en suspension dans les exsudats ; d'où l'idée d'appliquer la centrifugation à cette étude ;

2° Rechercher si les *réactions leucocytaires générales* qui séparent les maladies infectieuses en deux grands groupes : maladies à polynucléose (inflammations franches aiguës) et maladies à mononucléose (tuberculose), ne se marquent pas, aussi bien que dans le milieu sanguin, dans les réactions locales, dans les affections susceptibles de relever de ces mêmes causes pathogènes générales. D'où l'idée de rechercher la formule mononucléaire ou polynucléaire dans les exsudats pathologiques.

Widal et Ravaut[1] créèrent leur méthode du cyto-diagnostic en partant des bases précédentes, et, dès juin 1900,

[1] Widal et Ravaut. Soc. de Biol., 30 juin 1900.

Ravaut, Diagnostic de la nature des épanchements séro-fibrineux de la plèvre (cyto-diagnostic). Th. Paris, 1901, n° 105.

Digitized by Google

en donnaient les résultats qui furent confirmés d'une façon générale par la plupart des observateurs : Ravaut, Wolf[1], Barjon et Cade[2], J. Courmont et F. Arloing[3], pour ne citer que les principaux.

La *technique* est simple. *Centrifugation* immédiate du liquide recueilli par ponction, avant coagulation, ou centrifugation tardive, après coagulation et défibrination du liquide au moyen de perles de verre, pour briser les mailles du réseau fibrineux et mettre en liberté les corps cellulaires emprisonnés ; les résultats varient fort peu, comme l'a montré Sabrazès[4], suivant que l'on adopte l'une ou l'autre manière de faire.

On *décante* le liquide en renversant le tube qui a servi à la centrifugation ; le culot, résultat de l'opération, reste adhérent au fond du tube, où on le dilue dans une goutte de sérosité pour avoir une émulsion homogène que l'on prélève au moyen d'une pipette excessivement fine. On *l'étale* sur des lamelles bien propres, au moyen d'une anse de platine à laquelle on imprime un mouvement en spire. On *dessèche* à l'air, après quoi, on *fixe* les préparations en les plongeant dans un mélange à parties égales d'éther et d'alcool absolu, ou dans le chloroforme, ou en les soumettant à une chaleur de 110° (étuve ou plaque de toluène), le procédé de fixation devant varier suivant le procédé de coloration dont on compte se servir.

On sèche et on *colore*, soit à l'hématéine-éosine, soit encore à la thionine ou au bleu de Unna, ou bien avec le triacide d'Ehrlich, qui permet des différenciations cellulaires plus nuancées que les autres méthodes colorantes. On peut

[1] Wolff. *Die Morphologie der Pleuræsudate*. Berlin. Klin. Wochensch. 1902, p. 115.

[2] Barjon et Cade. Soc. méd. des hôp. de Lyon, 7 mars 1902.

[3] J. Courmont et F. Arloing, *Ibid.*

[4] Sabrazès. *Gaz. hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux*, 11 novembre 1900.

Digitized by Google

colorer une lamelle par la méthode de Ziehl, pour rechercher éventuellement le bacille de Koch, et en réserver une pour la traiter par une solution d'iode ioduré, pour rechercher la présence ou l'absence d'iodophilie indiquée par Sabrazès comme un bon procédé de diagnostic différentiel.

On sèche, on déshydrate, et l'on examine enfin à l'objectif à *immersion*.

L'examen des préparations révèle l'existence en proportions variables des éléments suivants :

1. *Cellules endothéliales* : volumineuses, à contours irréguliers, à noyau pâle, à protoplasma vivement coloré ; souvent réunies en placards ; quand elles sont isolées, se distinguent malaisément des grands mononucléaires.

2. *Leucocytes mononucléaires* se présentant sous deux types :

α) *Lymphocytes*, de taille exiguë, arrondis, constitués presque exclusivement par un noyau fortement coloré, occupant presque tout le corps cellulaire, dont le protoplasma apparaît comme un liseré à peine visible, formant collerette autour du noyau.

β. *Grands mononucléaires*, à gros noyau arrondi ou ovale, à large lame protoplasmique.

3. *Leucocytes polynucléaires*, plus petits que les grands mononucléaires, à noyau irrégulièrement divisé, à protoplasma granuleux facilement visible.

4. *Leucocytes éosinophiles*, à protoplasma contenant des granulations prenant fortement l'éosine.

Il est rare que l'on rencontre un mélange à parties égales, des éléments qui précèdent. Presque toujours, la formule morphologique répond à la prédominance évidente d'un type cellulaire, et à cet égard on se trouve dans la pratique en présence de l'une des trois expressions cytologiques suivantes :

Digitized by Google

Formule à type endothélial.

Formule à type polynucléaire.

Formule à type mononucléaire lymphocytaire.

Chacune d'elles répond, c'est là un fait à peu près universellement admis, et de notion désormais classique, à un mode pathogénique différent et nettement déterminé. Seule, l'éosinophilie pleurale est demeurée sans signification précise.

1. Le *type endothélial* (majorité (60 à 80 0/0) de cellules endothéliales libres ou en placards, minorité de leucocytes, de forme quelconque) répond aux *épanchements mécaniques ou toxiques*, où l'infection n'intervient en rien, ou si faiblement que son intervention ne parvient pas à se marquer. Il caractérise plutôt des *transsudats* que des *exsudats*.

L'existence de ce type dans les *pleurésies des cardiaques*, avec ou sans infarctus, a été démontrée par Widal et Ravaut, par Barjon et Cade [1] ; dans les *pleurésies des brightiques;* dans *certaines pleurésies rhumatismales,* par Castaigne et Rathery [2] ; enfin, dans les *pleurésies des cancéreux*, qu'elles soient séro-fibrineuses ou hémorragiques. Les pleurésies cancéreuses ont été cytoscopiquement étudiées par Ravaut, Labbé et Armand-Delille [3], qui, à côté de placards endothéliaux, y ont reconnu l'existence de cellules uninucléées présentant des figures de karyokinèse, de cellules cancéreuses et d'éléments volumineux, très irréguliers, à vacuoles et inclusions nombreuses.

Les *pleurésies hémorragiques cancéreuses* ont été encore étudiées par Bard [4], Milian [5], non seulement au point de vue cytoscopique, mais au point de vue des propriétés hémolytiques

[1] Barjon et Cade. Formule cytologique spéciale des pleurésies par infarctus chez les cardiaques. Soc. biol., 22 juin 1901.

[2] Castaigne et Rathery. Soc. biol., 11 janvier 1902.

[3] Labbé et Armand-Delille. Soc. anat., 23 mai 1902.

[4] Bard. Soc. biol., 3 février 1901. *Semaine Méd.*, juin 1901.

[5] Milian. Soc. biol., 23 fév. 1901. Soc. anatom., 26 avril 1901.

Digitized by Google

du liquide. Ces auteurs arrivent à la conclusion que *la sérosité des épanchements hémorragiques cancéreux est fortement hémolytique*, alors que l'hémolyse est nulle dans les sérosités pleurales hémorragiques non cancéreuses [1].

2. Le *type polynucléaire* (majorité, 60 à 80 0/0, de polynucléaires ; absence presque complète de lymphocytes ; minorité de mononucléaires, éosinophiles et cellules endothéliales) caractérise les *pleurésies infectieuses aiguës*, à pneumocoques, streptocoques, bacille d'Eberth (Widal et Ravaut) et certaines pleurésies rhumatismales (Castaigne et Rathery). Les leucocytes rencontrés alors jouissent en outre d'une *iodophilie* marquée (Sabrazès et Muratet [2]).

3. Le *type mononucléaire lymphocytaire* (lymphocytose absolue, ou majorité de lymphocytes, 60 à 80 %, avec minorité de grands mononucléaires, de polynucléaires, éosinophiles et cellules endothéliales) est le propre des *épanchements tuberculeux*. Widal et Ravaut [3], Wolff, l'ont constaté les premiers, et la plupart des travaux ultérieurs ont été confirmatifs. Cette formule va avec l'absence d'iodophilie, (Sabrazès et Muratet).

Cette formule a subi le contrôle de la clinique, de l'anatomie et de l'expérimentation. Ses résultats ont notamment été comparés, chez les mêmes malades, par Widal et Ravaut [3] P. Courmont [4], Weill et Descos [5], aux données fournies

[1] Nous avons eu l'occasion d'observer nous-même, en avril 1902, dans le service de M. le professeur Carrieu, avec M. Pagès, interne des hôpitaux, un cas qui ne confirme pas absolument les données précédentes ; il a fait l'objet d'un mémoire qui sera incessamment publié.

[2] Sabrazès et Muratet. Soc. biol., 24 mai 1902.

[3] Widal et Ravaut. Recherches sur l'agglutination du bacille de Koch et le cyto-diagnostic dans 24 cas d'épanch. Congrès de la tuberculose. Londres, 1901 — et thèse Ravaut.

[4] P. Courmont. Résultats comparés du cyto-diagnostic et du séro-diagnostic tuberculeux des épanchements des séreuses. Soc. méd. des hôpitaux de Lyon. 14 mars 1902.

[5] Weill et Descos, Ibid.

Digitized by Google

simultanément par le séro-diagnostic de la tuberculose ; une concordance remarquable des deux ordres de renseignements a toujours été établie.

On peut donc adopter la loi générale exprimée par les trois équations suivantes ;

Lymphocytose = pleurésies tuberculeuses.

Polynucléose = pleurésies infectieuses aiguës.

Cellules endothéliales = pleurésies mécaniques ou toxiques.

Est-ce à dire que cette loi ne puisse être soumise à des variations, et qu'il faille prendre au pied de la lettre que la lymphocytose soit une caractéristique spécifique de la tuberculose ? Nous ne le crovons pas et les auteurs mêmes de la méthode ont écrit : « à l'irritation subaiguë et même chronique répond le lymphocyte, à l'irritation aiguë le polynucléaire » (Ravaut, Thèse, p. 124).

Ainsi Wolff, Widal et Ravaut, Barjon et Cade [1] ont vu, dans les tout premiers stades des pleurésies tuberculeuses, (c'est-à-dire au moment où la réaction inflammatoire est certainement la plus vive), une polynucléose évidente, quoique causée par le bacille de Koch, allant jusqu'à 68 °/₀ (Barjon et Cade). Aussi ces derniers ont-ils pu dire que « l'élément inflammatoire et la marche de la maladie intervenaient tout d'abord ; que la spécificité n'intervenait qu'en second lieu pour opérer la sélection de la formule ».

Enfin, il faut bien reconnaître que, dans nombre de cas, notamment dans les pleurésies secondaires des tuberculeux, on ne se trouve pas en présence de réactions pures, donnant des formules cytologiques schématiques et d'interprétation aisée mais en présence *d'associations microbiennes* où, à côté du bacille de Koch, des microbes banaux pourront intervenir pour modifier la formule ; et peut-on prévoir quelle sera la note dominante, dans ce conflit complexe où chaque germe

[1] Barjon et Cade. Soc. méd. des hôp. de Lyon, 7 mars 1902.

Digitized by Google

aura donné sa note réactionnelle propre, mêlée à celle du germe associé? L'interprétation et l'explication de ces résultats de symbioses sera particulièrement malaisée et délicate, et ne se fera que par l'accumulation de documents cliniques [1].

Difficultés et hésitations tomberont vite d'ailleurs par l'emploi du troisième et dernier procédé, de date toute récente et qu'il nous reste à indiquer succinctement.

C. *L'inoscopie* (de ις, ινος, fibrine) date de quelques jours à peine. Presque simultanément, Bezançon, Griffon et Philibert [2], à la Société de Biologie, et Jousset [3], à la Société médicale des Hôpitaux, indiquaient la marche à suivre pour rechercher les germes d'une façon générale, et le bacille de Koch en particulier, dans les humeurs coagulables de l'organisme (caillot sanguin, coagula fibrineux des exsudats).

Les premiers s'attachaient surtout à la recherche du bacille dans le sang en dissolvant le caillot au moyen d'une lessive de soude (qui a l'inconvénient de notablement altérer les bacilles). Cette *homogénisation du caillot* a été employée par eux surtout dans la tuberculose expérimentale. Cependant, appliquée à *un cas* de pleurésie, la méthode a fait retrouver le bacille dans le caillot pleural.

Jousset apporte, au contraire, un procédé déjà soumis à l'épreuve par de nombreux contrôles cliniques, qu'il emploie

[1] Dans une observation récente de pleurésie secondaire chez un tuberculeux pulmonaire au début, nous avons trouvé une pleurésie à pneumocoques, avec lymphocytose, séro-diagnostic de Arloing et Courmont négatif pour l'exsudat, positif pour le sang du malade. (Soc. des Sc. méd. Montp. Méd., 1er fév. 1903, p. 130).

[2] F. Bezançon, V. Griffon et Philibert. Recherche du bacille tuberculeux dans le sang par homogénisation du caillot. Soc. de Biol. 10 janvier 1903, et *Presse médicale 1903*. 14 janvier, p. 56.

[3] A. Jousset. Résultats cliniques fournis par une nouvelle méthode de recherche du bacille tuberculeux. Société méd. des Hôpitaux 9 janvier 1903.

Nouvelle méthode pour isoler le bacille de Koch des humeurs de l'organisme. *Sem. méd.* 1903. N° 3, p. 22, et Acad. de méd., 3 février 1903.

Digitized by Google

et au perfectionnement duquel il travaille depuis plus d'un an. Parti de ce principe, que le réseau fibrineux qui étend ses mailles, à la façon d'un épervier, dans toute l'épaisseur de la sérosité, doit emprisonner la plus grande partie des bacilles, il utilise cette capture en masse et cherche à retrouver les germes englobés dans la fibrine. Pour y parvenir, il digère celle ci au moyen d'un *suc gastrique artificiel* (pepsine en paillettes, titre 50 du Codex : 1 à 2 grammes; glycérine pure, 10 grammes; acide chlorhydrique à 22° Baumé, 10 cent. cubes; fluorure de sodium, 3 grammes; eau distillée, 1,000 cent. cubes). La digestion accomplie, les corps bacillaires sont mis en liberté; il ne reste plus qu'à *centrifuger* le liquide et à examiner le culot par les méthodes ordinaires pour y caractériser le bacille tuberculeux.

Voilà, semble-t-il, le véritable procédé de l'avenir, qui résout la question de la *démonstration directe* de la nature des épanchements pleuraux. Il est scientifiquement rigoureux et, de plus, clinique, rapide, facile à mettre en œuvre, quoique un peu plus long que le cyto-diagnostic, mais combien plus exact dans ses résultats, et laissant à l'écart toutes les erreurs inhérentes à des interprétations de formules de morphologie cellulaire.

Quant aux résultats de ce procédé, ils semblent conduire à une *approximation idéale*, puisque, sur 23 pleurésies observées, Jousset a constaté 23 fois le bacille de Koch — soit 100 % de résultats positifs.

Ainsi, les assertions de Landouzy, les affirmations de plus en plus hardies de Péron, de Le Damany se trouvent admirablement vérifiées par ces méthodes « dernier cri » qui démontrent « que le nombre des pleurésies tuberculeuses est immense » (Jousset).

Telle est l'histoire des multiples procédés créés pour éclairer la nature des réactions pleurales. Tous tendent à réduire à l'infini le champ de la pleurésie « *a frigore* » pour

Digitized by Google

accorder toute la place à la tuberculose. Est-ce à dire que la pleurésie *a frigore* n'existe pas? En vétérinaire, son existence n'est pas douteuse (Voir *Cliniques Dieulafoy*, t. IV). En pathologie humaine, c'est évidemment une rareté. Barjon et Cade en ont cité peut-être une observation (séro-diagnostic négatif; inoculations négatives; polynucléaires, 20 °/₀; lymphocytes, 21 °/₀; grands mononucléaires, 5 °/₀; éosinophiles, 12 °/₀; cellules endothéliales, 42 °/₀), *loc. cit.*

Cette conception définitive, démontrant l'universalité d'action de la tuberculose dans les pleurésies franches aiguës, doit-elle apporter des modifications quelconques dans le pronostic de ces pleurésies? Celui-ci restera ce qu'il était autrefois; et nous verrons encore et toujours des pleurétiques qui guériront, et d'autres qui vogueront à pleines voiles vers la tuberculose.

Si quelque pronostic doit être modifié par ces nouvelles méthodes, c'est assurément non celui des pleurésies, mais celui de la tuberculose, qui apparaîtra, de plus en plus, comme une maladie essentiellement curable.

Le pronostic de la tuberculose, heureusement modifié de par le nombre croissant des guérisons reconnues de manifestations désormais aussi sûrement tuberculeuses que la pleurésie, le sera davantage encore de par l'intervention d'une thérapeutique d'autant plus efficace qu'elle sera plus précoce. Prévenu d'un danger autrefois soupçonné, maintenant dénoncé comme certain, le médecin aura d'autant plus d'action pour enrayer un mal tout à fait local et jeune, non encore enraciné. Mais sa mission ne se bornera plus à suivre l'évolution d'une pleurésie; il devra dénoncer les orages futurs à l'entourage du malade, faire envelopper celui-ci d'une surveillance jalouse, et, l'aventure pleurale terminée, par l'hygiène, la suralimentation, le sanatorium préventif, les médications reconstituantes arsenicale et phosphorée (cacodylate, méthylarsinate, lécithine, glycéro-

Digitized by Google

phosphates), il saura rendre stérile cette graine tuberculeuse qu'il aura eu le mérite de surprendre dans toute sa faiblesse.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES [1]

Séance du 16 janvier 1903.

(Suite et Fin)

Voilà le fait qu'il s'agit d'interpréter.

Faisons abstraction un moment des résultats fournis par l'étude du liquide céphalo-rachidien.

Un individu fortement entaché de tuberculose commence par présenter des symptômes d'embarras gastrique, puis des symptômes de méningite cérébro-spinale dont il meurt. Dans les conditions de l'observation clinique nous devions diagnostiquer un processus méningé tuberculeux.

C'était classique en l'espèce ; en fait, c'était faux. Sans la ponction l'erreur serait restée entière, ensevelie, ignorée, et si le malade avait guéri — ce qui pouvait très bien se réaliser, vu la curabilité fréquente des méningites méningococciques — quelle eût été notre perplexité ? Une méningite tuberculeuse peut-elle guérir. C'est ce qu'il faudrait démontrer.

A priori, on ne voit pas pourquoi une méningite tuberculeuse ne pourrait pas guérir comme une autre méningite, comme une sérite pleurale, péritonéale ou articulaire tuberculeuses. Que la méningite tuberculeuse puisse guérir, rien ne l'empêche au point de vue pathologique général, mais qu'elle guérisse effectivement dans certains cas, d'intensité atténuée, de siège localisé et heureux, c'est de l'examen direct des exsudats, de la bactériologie et de la cytologie combinées, que nous devons attendre une solution, la clinique seule laissant trop de place à l'incertitude et, le cas échéant, à l'erreur.

[1] La planche ci-jointe se rapporte à la communication faite à la Société des Sciences médicales par M. Abadie sur « la sinusite frontale » parue dans le numéro du 25 janvier 1903.

Digitized by Google

Or, des faits se rassemblent comme ceux de Rocaz, de Barth et de Thomella en faveur de la guérison ; à côté de la réaction lymphocytaire propre aux processus tuberculeux, nous trouvons l'inoculation positive et, mieux que tout, la constatation du bacille dans le liquide céphalorachidien.

Sans doute, ce ne sont là que trois faits, encore trop récents même, sachant bien que la méningite tuberculeuse peut évoluer par poussées espacées, sinon passer à la chronicité, à la fibrose, peut-être paratuberculeuse, et rendre compte ainsi de ces états d'idiotie, de contracture ou de convulsion que nous faisons remonter bien souvent à une méningite du jeune âge.

Sans doute, il faut encore être très circonspect sur la guérison véritable d'une méningite tuberculeuse, et, quand il s'agit de démolir un vieux dogme clinique et d'engager le pronostic dans une voie nouvelle et moins sombre, on ne saurait se montrer assez rigoureux.

Mais enfin, la question est aujourd'hui bien posée, puisqu'on peut directement interroger les méninges par la ponction et connaître ainsi la nature exacte de leurs réactions inflammatoires. Certainement, tout n'est pas simple dans cet ordre de recherches ; il faut se garder des formules leucocytaires dont l'évolution n'a pas été suivie — les processus aigus, infectieux généraux, polynucléaires, devenant par exemple lymphocytaires au moment où leur acuité s'efface et pouvant en imposer alors pour un processus tuberculeux — il faut se rappeler la fréquence des infections mixtes dans les affections tuberculeuses — les microorganismes associés pouvant développer des réactions cellulaires combinées, suivant leur part respective d'influence, — il faut enfin ne pas oublier qu'il est des formes de méningite frustes, larvées ou latentes, ne point se laisser, en somme, dérouter, égarer, par des difficultés nombreuses.

Dans le cas que nous rapportons, nous voyons un tuberculeux faire une méningite non tuberculeuse. Quoi d'étonnant ? quand on le sait.

Or, c'est par la ponction seule qu'il nous a été possible de le savoir et de redresser du coup notre diagnostic clinique. La réaction leucocytaire est polynucléaire ; la séreuse est imperméable à l'iodure. Ce sont là données solides qui s'affermissent tous les jours, auxquelles on peut croire, mais qu'il convient de contrôler par l'investigation bactériologique.

Nous n'avons pas trouvé de bacilles de Koch, c'est là un résultat

Digitized by Google

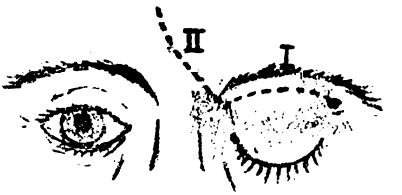


Fig. I

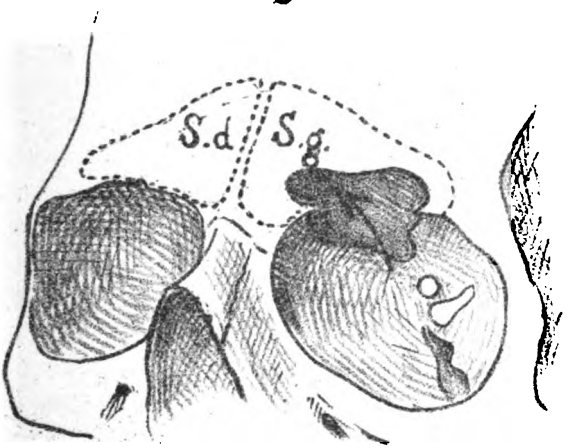


Fig. II

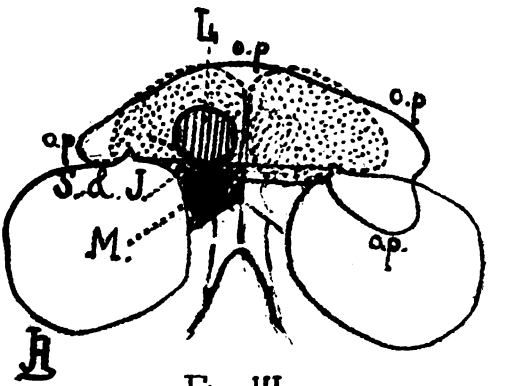


Fig. III

Digitized by Google

Digitized by Google

négatif de peu d'importance, le bacille échappant bien souvent aux examens directs, mais que nous devons cependant noter.

Mieux eût valu faire une inoculation au cobaye, mais nous ne disposions pas d'assez de liquide, et à la rigueur on peut rencontrer des cobayes qui résistent à des inoculations de liquides tuberculeux trop peu abondants ou trop atténués.

Mais dans l'exsudat méningé à formule nettement polynucléaire, inverse en quelque sorte de ce qui s'observe dans les processus tuberculeux en action, nous avons trouvé, disséminés à l'intérieur et dans l'intervalle des cellules à noyaux multiples, des éléments microbiens dont nous connaissons la morphologie spéciale que nous avons pu identifier au méningocoque de Weichselbaum, après avis confirmatif de M. le professeur Rodet, à la compétence duquel nous nous étions fait scrupule de déférer notre opinion.

Voilà donc la réaction polynucléaire expliquée par l'action d'un agent infectieux autre que le bacille de Koch. Polynucléaires et méningocoques, tels sont les termes de l'équation qui convergent pour démontrer que notre cas de méningite n'était point tuberculeux, était méningococcique. Une objection peut cependant nous être faite. Sans doute la réaction polynucléaire exclut l'idée de tuberculose et l'existence des méningocoques explique bien la formule leucocytaire. Mais ne pourrait-il pas s'être agi d'une infection méningée mixte, tuberculeuse et méningococcique associées, l'infection tuberculeuse ayant commencé et donné sa note clinique, l'infection méningococcique ayant imprimé sa réaction polynucléaire au point d'effacer cytologiquement le processus tuberculeux. A coup sûr, il faut savoir être réservé, encore qu'en l'espèce la tuberculose soit des plus hypothétiques. Par ailleurs, un fait certain d'infection mixte dans la tuberculose méningée que l'un de nous a eu l'occasion d'étudier ne plaide aucunement dans ce sens, chacun des microorganismes ayant marqué son action propre par une représentation proportionnée de cellules uni et multinucléées.

Il n'en est pas moins opportun de réclamer des observations qui se publient actuellement le maximum d'information rigoureuse possible, afin de pouvoir rebâtir cette histoire des méningites tuberculeuses et autres, qui certainement a besoin d'être refondue, mais qu'il ne faut édifier maintenant qu'avec des matériaux nombreux et sûrs, comme nous permettent aujourd'hui d'en acquérir les recherches bactériologiques et cytologiques indispensables sans aucun conteste à l'observation clinique très suivie des états méningés.

Digitized by Google

De la valeur d'un excès d'urobilinurie dans le diagnostic de la mort du fœtus in utero

par le Dr Guérin-Valmale

Il arrive parfois que le diagnostic de mort du fœtus dans la cavité utérine présente de sérieuses difficultés, non seulement dans les débuts de la grossesse, mais encore beaucoup plus tard, lorsque les signes de certitude ont déjà parfaitement existé.

Il est des cas où les modifications de l'organisme maternel dépendant de la grossesse n'ont qu'imparfaitement disparu ; les mouvements fœtaux sont peut-être indistinctement sentis ; on n'ose pas encore affirmer la disparition des bruits du cœur fœtal, dont certaines circonstances ont pu gêner la perception ; il n'y a pas de montée de lait ; et d'autre part il existe peut-être dans l'utérus un second fœtus vivant .... bref, le doute est possible et l'on voudrait une certitude.

C'est dans de telles circonstances qu'un seul signe infaillible, pathognomonique serait vivement apprécié ; on l'a cherché de tous côtés, et c'est dans l'examen des urines que quelques accoucheurs ont cru le découvrir.

De ce fait qu'après la mort du fœtus, une partie du contenu ovulaire est résorbé par la mère, que d'autre part l'organisme de celle-ci subit des modifications profondes, ils ont conclu que la femme doit éliminer à ce moment des éléments chimiques qu'on ne doit pas trouver, ou en moins grande quantité à l'état normal, et c'est dans les urines qu'ils ont recherché ces produits de déchet.

C'est ainsi que la présence de l'indican, de l'acétone, a été constatée dans l'urine de femmes portant un enfant mort dans la cavité utérine; mais ni l'acétonurie, ni l'indicanurie ne sont des signes constants de cet état.

Enfin, il y a quelques mois, en avril dernier, Merletti, privat-docent et assistant du docteur Truzzi, professeur de clinique obstétricale et gynécologique de Padoue, après avoir constaté une augmentation habituelle de l'urobilinurie chez la femme enceinte, croyait pouvoir déclarer qu'à côté de cette urobilinurie en quelque sorte physiologique de la grossesse, il en existe une autre beaucoup plus marquée, liée à la mort du fœtus *in utero*.

Digitized by Google

Merletti a eu l'occasion d'observer cette urobilinurie pathologique dans quatre faits : deux fois au cours du cinquième mois de la grossesse, une fois pendant le sixième mois et une autre fois au septième. Chez toutes ces femmes, tant que le fœtus mort séjournait dans l'utérus, l'urine contenait des quantités considérables d'urobiline, de sorte qu'on pouvait mettre ce pigment en évidence non seulement à l'aide de l'analyse spectrale, mais aussi par le procédé de fluorescence, qui consiste à additionner l'urine de chlorure de zinc ammoniacal. Après la délivrance, cette urobilinurie ne tarde pas à s'atténuer progressivement, pour revenir, au bout de cinq à dix jours, à son taux normal.

En se basant sur ces constatations, Merletti estime que l'exagération de l'urobilinurie de la grossesse aurait une valeur diagnostique au point de vue de la mort du produit de la conception.

Cette question m'a vivement intéressé, et, le hasard m'ayant favorisé en mettant sous mes yeux presque en même temps deux femmes portant un enfant mort et macéré dans la cavité utérine, j'ai recherché l'urobiline dans leurs urines. Voici d'ailleurs ces deux observations très résumées :

Observation Première

Mme R..., 24 ans, primipare.

Antécédents. — Chorée à 10 ans pendant 3 mois. Réglée à 15 ans, bien mariée à 23 ans, en mars 1902.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 8 au 12 avril 1902. Troubles assez marqués au début, vomissements fréquents pendant 3 mois.

Le 25 octobre, à 6 mois de grossesse, premier examen : utérus atteint à peine l'ombilic; enfant petit, vivant, très mobile. Bassin normal. Depuis 15 jours, névralgies dentaires et céphalée. Urines fortement albumineuses. Régime lacté absolu.

Le 13 décembre, les mouvements fœtaux ne sont plus perçus depuis quelques jours. Second examen : utérus plutôt diminué de volume; plus de battements du cœur fœtal; lait aux seins. Diagnostic : *enfant mort.*

Le 20 décembre, une analyse d'urines est faite qui révèle la présence de 8 grammes d'albumine par litre. *On recherche l'urobiline, mais en vain;* l'analyse chimique ne peut la déceler.

Digitized by Google

Le 25 décembre, la femme accouche en présentation du siège d'un petit *enfant mort et macéré depuis plus de* 15 *jours*. Le placenta était bourré de noyaux fibrineux. Suites de couches excellentes ; continuation du régime lacté absolu.

Observation II

Mme S..., 21 ans, primipare.

Antécédents sans intérêt.

Grossesse actuelle. — Dernières règles 25-30 mars 1902. Troublée depuis le début par de nombreux symptômes accusés d'auto-intoxication ; vomissements très fréquents, névralgies, céphalées, œdèmes, lassitude extrême, amaigrissement, etc.

A 7 mois de grossesse, examen : Utérus petit, enfant mobile, vivant ; bassin normal. Urines contiennent 6 grammes d'albumine par litre. Régime lacté absolu. Pendant une quinzaine de jours, l'albumine diminue jusqu'à 2 grammes. Le 13 novembre, écart de régime, aggravation immédiate de tous les troubles. Le 25 les urines contiennent 15 grammes d'albumine. Reprise du régime lacté absolu. Aussitôt, baisse de l albuminurie : le 27 à 14 grammes, le 28 à 10 grammes, le 29 à 6 grammes, le 30 à 4 grammes et peu après à 2 grammes.

Mais depuis le 28 les mouvements fœtaux ont cessé et peu après les bruits du cœur ne sont plus perçus Diagnostic : *enfant mort.*

Le 11 décembre, l'urine contient encore 2 grammes d'albumine. *On y recherche l'urobiline, elle n'en contient pas plus qu'à l'état normal.*

Le 25 décembre, accouchement, en OIDP, d'un petit *enfant mort et macéré depuis* 15 *à* 20 *jours*. Placenta constitué en majeure partie par des noyaux fibrineux. Suites de couches normales ; continuation du régime lacté absolu.

Dans ces deux cas, les analyses ont été faites avec tout le soin désirable. Pour la première, je m'étais adjoint l'aide d'un chimiste de mes amis ; pour la seconde, j'ai eu recours à l'obligeance de M. Astruc, chargé de cours à l'Ecole de Pharmacie, dont on connaît la haute compétence en ces matières.

Digitized by Google

En outre, les échantillons ont été prélevés avec soin sur les urines des 24 heures et les examens ont été immédiats !

Chez ces deux femmes portant un fœtus mort et macéré dans leur cavité utérine, il n'y avait donc pas augmentation sensible de l'urobilinurie.

De ces deux faits allons-nous conclure à l'absence d'urobilinurie dans les cas de mort du fœtus *in utero* ? Certes non ! Les observations de Merletti sont absolument probantes à cet égard, mais nous dirons que cette urobilinurie n'est pas constante et qu'elle ne saurait en tout cas constituer ce signe pathognomonique que nous cherchions de la rétention d'un fœtus mort dans la cavité utérine.

INSTITUT BOUISSON-BERTRAND DE MONTPELLIER

Pendant le mois de janvier, 36 personnes ont été admises au traitement antirabique.

4 personnes provenaient du département de l'Hérault, 11 de l'Aude, 10 de la Haute-Garonne, 3 du Tarn, 3 du Tarn-et-Garonne, 2 de Vaucluse, 1 du Gard, 1 de l'Aveyron, 1 des Pyrénées-Orientales.

Sur ce nombre, 8 personnes ont été hospitalisées.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de technique microscopique, par Böhm et Oppel, traduit de l'allemand, par Et. de Rouville, 3e édit. française, Vigot frères, éditeurs, Paris, 1903.

Le manuel de technique microscopique de Böhm et Oppel, traduit par M. Et. de Rouville, est arrivé aujourd'hui à sa 3e édition française. Il se présente sous la forme d'un élégant volume de 400 pages environ. Le plan de l'ouvrage est très simple, il comprend deux parties : une partie générale, une partie spéciale.

Digitized by Google

La partie générale est divisée en deux sections : la première consacrée au microscope et à son mode d'emploi, la seconde à la manière de faire une préparation. Cette dernière section renferme autant de chapitres qu'il y a d'opérations principales à effectuer avant l'examen microscopique (fixation, inclusion, coupes.... coloration). Elle se termine par un chapitre spécial, réservé aux importantes méthodes de reconstitution.

La partie spéciale donne les procédés à employer pour l'étude des tissus et des organes. Elle ne comprend pas moins de 20 chapitres. L'énoncé du titre de quelques-uns de ces derniers donnera une idée de la manière dont cette partie est conçue : Chap. 1er. La cellule. — Ch. II. Epithéliums et endothéliums. — Ch. III. Sang et lymphe. — ..... Ch VII. Muscles, fibres nerveuses et terminaisons nerveuses dans le muscle. — ..... Ch. XI. L'intestin et ses glandes. — Ch. XII. Foie. — ..... Ch. XVI. Technique embryologique. — Ch. XVII. Peau, poils et terminaisons des nerfs dans la peau. — ..... Ch. XX. Nez.

Comme on peut déjà s'en rendre compte par cette énumération incomplète, les auteurs n'ont négligé aucune partie du domaine de l'histologie, et dans chacun de leurs chapitres, ils donnent un grand nombre de procédés de technique bien choisis et répondant parfaitement au but à atteindre.

Peut-être le souci de multiplier les méthodes a-t-il fait traiter un peu brièvement quelques points et négliger l'indication de certains détails importants. Il aurait été bon d'indiquer d'une manière plus précise les tissus animaux ou les organes dans lesquels le débutant pourra trouver à coup sûr des mitoses. A propos de l'imprégnation des membranes par le nitrate d'argent, on aurait pu signaler la nécessité de tendre celles-ci avant de faire agir le réactif. Le chapitre IX, consacré à l'étude des vaisseaux sanguins et lymphatiques, est un peu court malgré la note que M. de Rouville y ajoute, avec raison, pour l'injection des lymphatiques testiculaires.

Le traducteur a eu la bonne idée de compléter le manuel allemand en y ajoutant de nombreuses notes qui résument les dernières conquêtes de la technique et utilisent, mieux que ne l'avaient fait Böhm et Oppel, les travaux des histologistes français. Pour la rédaction de ces notes, M. de Rouville s'est adressé aux auteurs des méthodes qu'elles sont destinées à exposer, et a obtenu d'eux des renseignements détaillés qui en rendent facile la compréhension et par suite l'application. C'est ainsi que le traducteur

Digitized by Google

donne, d'après Ramon y Cajal, Dogiel, Laguesse, Laveran, Nicolas et nombre d'autres, des méthodes nouvelles pour la solution de diverses questions importantes.

En somme, le manuel de Böhm et Oppel, traduit et annoté par M. de Rouville, est un excellent formulaire de technique microscopique. Je ne doute pas que sa 3e édition ait autant de succès que les deux précédentes. L. V.

Le Damany (P), professeur à l'École de médecine de Rennes. — **Les épanchements pleuraux liquides**. Petit in-8° *(Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire)*. Masson et Cie éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris. Broché, 2 fr. 50 ; cartonné, 3 fr.

Compte rendu. — Parmi les divers chapitres que doit comprendre l'étude pratique des épanchements pleuraux, c'est évidemment la séméiologie qui doit occuper le premier rang. Dans son livre, le Dr Le Damany l'a étudié en détail. Les diverses collections liquides de la plèvre ont des signes communs ; il était bon de les réunir dans une revue d'ensemble.

Cet Aide-Mémoire indique au médecin les ressources diverses que le diagnostic trouve, quand il est incertain, dans la ponction exploratrice dont l'importance est si grande et la technique si facile, dans la radioscopie et la radiographie, méthodes encore récentes.

L'anatomie pathologique des diverses lésions de la plèvre (pleurésie, pseudo-pleurésie, hydrothorax) est résumée de manière à être compréhensible même pour les médecins qui n'ont pas de compétence spéciale : l'auteur a voulu parler plus à l'intelligence qu'à la mémoire du lecteur.

Les ressources de la bactériologie, pour qui voudrait faire de nouvelles études, ainsi que celles du cyto-diagnostic, sont établies d'après les données les plus récentes.

Le traitement des pleurésies purulentes et putrides est simple et clair ; sur celui des pleurésies séro-fibrineuses on discute encore.

En attendant un traitement spécifique, M. Le Damany a cru bon d'indiquer les ressources de la thérapeutique contemporaine et de préciser surtout les dangers de certains traitements encore en vogue.

Digitized by Google

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Tableau des Actes du 12 au 18 Janvier 1903.

Mardi, 8 h. 1/2, 2e examen, examinateurs : MM. Vialleton, Imbert, Poujol ; candidats : MM. Martin, Cros, Fournier.

Jeudi, midi 1/2, 3e examen, 2e partie examinateurs : MM. Granel, Ducamp, Vires ; candidats : MM. A. Scemama, J. Scemama.

Vendredi, midi 1/2, 4e examen, examinateurs : MM. Hamelin, Bertin-Sans, Brousse ; candidats : MM. Dullin, Théron.

Samedi, midi 1/2, 3e examen, 2e partie, examinateurs : MM. Ducamp, Rodet, Vedel ; candidats : MM. Loubet, Beis. — Midi 1/2, thèse, examinateurs : MM. Baumel, Granel, Rauzier, Galavielle ; candidat : Mlle Maïsel.

Tableau des Actes du 19 au 25 Janvier 1903.

Mardi, midi 1/2, 1er examen, examinateurs : MM. Gilis, Mouret, Jeanbrau ; candidats : MM. Cayrol, Vergnes. — 9 heures, 5e examen, 2e partie, examinateurs : MM. Carrieu, Baumel, Brousse ; candidats : MM. Rigal, Sagols.

Mercredi, 8 h. 1/2, 2e examen, examinateurs : MM. Vialleton, Ville, Hédon ; candidats : MM. Estachy, Narick. — Midi 1/2, 4e examen, examinateurs : MM. Bertin-Sans, Hamelin, Vires ; candidats : MM. Géraudie, Maire. — Midi 1/2, 3e examen, 1re partie, examinateurs : MM. Forgue, Gilis, Vallois ; candidats : MM. Pissareff, Roger. — 10 heures, 5e examen, 1re partie, examinateurs : MM. Tédenat, Puech, de Rouville ; candidats : MM. Déléon Brunet, Dullin.

Vendredi, midi 1/2, 3e examen, 1re partie, examinateurs : MM. Truc, Estor, Vallois ; candidats : MM. Favette, H. Michel. — Midi 1/2, 4e examen, examinateurs : MM. Hamelin, Bertin-Sans, Galavielle ; candidats : MM. Massé, Masséguin, Payre-Ficot. — 9 heures, 5e examen, 1re partie, examinateurs : MM. Tédenat, Puech, de Rouville ; candidats : MM. Morucci, Théron.

L'Éditeur-Gérant : P. DELORD-BOEHM.

Montpellier. — Imprimerie DELORD-BOEHM ET MARTIAL.

Digitized by Google

N° 7 15 FÉVRIER 1903. TOME XVI

MONTPELLIER MÉDICAL

Journal Hebdomadaire paraissant tous les Dimanches

SUR LA

PATHOGÉNIE DE LA GRENOUILLETTE COMMUNE

par les Drs **Léon IMBERT** et **Emile JEANBRAU**

Dans un article paru au mois d'août 1901 dans la *Revue de Chirurgie*, nous avons, pour la première fois, exposé et défendu l'origine congénitale de la grenouillette commune. Nos conclusions s'appuyaient sur une série d'arguments divers, et en particulier sur l'étude microscopique d'une pièce de grenouillette qui provenait du service de M. le professeur Forgue. Nos idées ont été accueillies avec une certaine faveur, et dans un article récent, MM. Cunéo et Veau (*Presse méd.* 1er novembre 1902) n'hésitaient pas à les admettre et même à les préciser. Nous aurons prochainement l'occasion de revenir sur ce sujet. Pour aujourd'hui, nous voulons seulement répondre en quelques mots à l'article de Cunéo et Veau, dont nous ne saurions accepter toutes les conclusions.

Une bonne partie de notre travail de la *Revue de Chirurgie* a été consacrée à dissiper la confusion qui régnait au sujet du terme même de grenouillette. Nous avons été amenés à admettre que la grenouillette commune se caractérise par sa structure : épithélium discontinu, reposant sur une zone embryonnaire ; en ajoutant que les lésions glandulaires (glande sublinguale), auxquelles on avait attaché une

Digitized by Google

grande importance, n'étaient qu'accessoires. Nous avons consacré un chapitre spécial à une tumeur qui n'est pas la grenouillette commune et dont nous avons fait à cette occasion, pour la première fois en France, une étude complète : la grenouillette à cils vibratiles. Nous pensons encore que cette variété de grenouillette doit être isolée de la ranule commune ; à vrai dire, elle n'a guère été confondue avec cette dernière que par les Allemands, et c'est surtout à Recklinghausen que nous devons cette confusion. Au reste, lorsque l'on prend la peine de lire son article, on se rend bien compte que, si la grenouillette à cils vibratiles est une tumeur liquide de la bouche comme la grenouillette commune, à cela se bornent les ressemblances. Il était tout naturel de penser que ces cellules vibratiles devaient avoir une origine congénitale, et déjà en 1876, Neumann estimait que ces formations devaient se rattacher au canal de Bochdalek ; le même auteur revint sur cette question en 1886 et Sultan publia un cas du même genre en 1898. Nous pensons que cet épithélium vibratile caractérise ces tumeurs, qui sont ainsi nettement distinctes de la grenouillette commune : aussi ne saurions-nous accepter, comme le font Cunéo et Veau, qu'on les range dans la même catégorie : ce serait en revenir à Recklinghausen et à ses conceptions [1].

Nos idées pathogéniques s'appliquent donc uniquement à la grenouillette commune, à celle dont nous avons rappelé plus haut les caractéristiques histologiques ; de celle-là, dont s'occupent du reste exclusivement les classiques, personne n'avait soupçonné qu'elle pût être congénitale. Nous croyons l'avoir démontré ; mais nous avons tenu à rester sur le terrain des faits susceptibles d'une démonstration relative, sans aborder celui des hypothèses pures; aussi nous sommes-nous bor-

[1] Il s'agissait si peu de grenouillette vraie dans le cas de Neumann que, disent eux-mêmes Cunéo et Veau, « nous devons simplement regretter qu'il ait employé le mot grenouillette dans un sens qui ne lui convient pas. »

Digitized by Google

nés à écrire : « Nous avons été conduits à penser que la grenouillette commune avait peut-être une origine congénitale et provenait d'un vice de développement encore inconnu dans sa nature, mais pouvant peut-être se rattacher à l'histoire des dérivés branchiaux. »

Cunéo et Veau précisent davantage : « Nous pensons, disent-ils, que la grenouillette se développe aux dépens des débris épithéliaux qui restent inclus dans la profondeur lors de la fermeture du *sillon externe*. » Ils s'appuient pour cela : 1° sur les rapports de la grenouillette commune, qui sont précisément ceux de ce sillon ; 2° sur l'évolution de la tumeur qui rappelle celle d'un kyste mucoïde ; 3° sur l'étude histologique « qui nous fournit les arguments les plus décisifs en faveur de la théorie de l'origine embryonnaire. » Ces arguments, nous les connaissons bien, puisque nous les avons formulés les premiers, et nous sommes heureux de voir Cunéo et Veau reconnaître leur valeur. Nous pensons comme eux qu'il y a bien des chances pour que les grenouillettes prennent naissance dans le sillon paralingual externe ; mais des trois arguments proposés il nous paraît que les deux premiers ne sont pas assez démonstratifs pour ce point spécial ; quant au troisième, nous pensons en avoir tiré tout ce qu'il contenait, c'est-à-dire la démonstration de de la congénitalité des grenouillettes ; c'est aller trop loin, pensons-nous, que de lui demander avec précision quel est le point qui leur donne naissance ; l'état actuel de nos connaissances ne nous le permet pas encore.

Digitized by Google

LE

SÉRO-DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE

REVUE GÉNÉRALE ET NOUVELLE STATISTIQUE

Par le Dr **A. LAGRIFFOUL**

Chef des Travaux de Microbiologie à la Faculté de Médecine
Ancien Chef de Clinique médicale, Licencié ès Sciences naturelles

(*Suite.* — Voir nos 1, 4 et 5, pag. 1, 92 et 126)

VII. — **Résultats fournis par le séro-diagnostic chez les animaux.**

Le séro-diagnostic de la tuberculose a été utilisé également en médecine vétérinaire.

MM. Arloing et Courmont, sur 120 sujets de l'espèce bovine dont la tuberculose a été contrôlée à l'autopsie, n'ont trouvé qu'une seule fois le séro-diagnostic en défaut, c'est-à-dire négatif chez un sujet tuberculeux.

Chez 30 jeunes veaux reconnus sains à l'autopsie, M. Arloing a obtenu toujours un résultat négatif même à 1/2. Chez 50 bœufs sains, il a également toujours eu un résultat négatif au 1/10. Par contre, chez 70 bœufs tuberculeux, il a obtenu 69 fois un résultat positif à 1/10 et 1/20; une seule fois le séro-diagnostic a été négatif.

MM. Beck et Rabinowitsch (*Deut med. Woch.* Juin 1900, mars 1901) ont égalemont étudié la séro-réaction tuberculeuse spécialement chez le bœuf. Ils ont bien constaté le phénomène de l'agglutination, mais ne lui reconnaissent pas une valeur spécifique pour le diagnostic de la tuberculose. Beaucoup de bœufs sains auraient en effet réagi.

Digitized by Google

MM. Arloing et Courmont pensent que ces auteurs, qui donnent peu de détails sur leur mode opératoire, se sont servis de cultures d'âge et d'agglutinabilité différentes et que les résultats auxquels ils sont arrivés, sont imputables à quelque erreur de technique.

Expérimentation sur les animaux. — L'expérimentation sur les animaux a permis de bien mettre en lumière certains points particuliers observés en clinique.

MM. Arloing et Courmont ont observé que le sang d'un animal tuberculeux est d'autant plus agglutinant que, l'espèce à laquelle il appartient est plus réfractaire et que, d'une manière générale, le développement du pouvoir agglutinant chez un animal tuberculeux est en raison inverse de l'intensité et de la rapidité de sa tuberculisation.

Un autre fait très intéressant, également mis en lumière par les auteurs précédents, et qu'il importe de bien connaître au point de vue clinique, c'est que des lésions très minimes, comme un abcès sous-cutané chez le lapin, quelques ganglions chez le cobaye, peuvent suffire pour faire naître la propriété agglutinative chez un animal ; ce sont même, en général, les lésions les plus minimes qui sont les plus favorables à la production du phénomène de l'agglutination.

Un autre point intéressant qui ressort également des expériences de MM. Arloing et Courmont est la précocité ou la persistance du pouvoir agglutinant dans certains cas ; cette persistance du pouvoir agglutinant pendant et après la guérison nous explique ce fait observé fréquemment par les auteurs, savoir : l'existence d'une séro-réaction tuberculeuse bien nette chez des sujets humains paraissant indemnes de tuberculose au moment où l'on pratiquait la séro-réaction et chez qui l'autopsie seulement montrait des lésions tuberculeuses en voie de guérison ou même complètement arrêtées dans leur évolution.

Digitized by Google

M. Arloing a également signalé que le pouvoir agglutinant pouvait se développer chez des animaux sous l'influence de certaines substances chimiques, telles que le gaïacol, la créosote, l'eucalyptol, le sublimé corrosif. Il était important de voir s'il n'y aurait pas là une cause d'erreur pour le séro-diagnostic, car on sait que fréquemment ces substances sont données aux tuberculeux à un point de vue thérapeutique. Hawthorn a étudié ce point particulier. Il a vu que chez des sujets normaux dont le pouvoir agglutinant était nul, la créosote, le gaïacol, l'eucalyptol et le cacodylate de soude, administrés aux doses thérapeutiques ordinaires par voie buccale ou sous-cutanée, ne provoquent nullement son apparition, même après un usage prolongé pendant 15 jours ou davantage. On peut donc faire la séro-réaction d'un tuberculeux sans que son traitement puisse constituer une cause d'erreur. Une exception cependant paraît devoir être faite pour le sublimé donné en injection hypodermique. Hawthorn, en effet, a vu 2 fois sur 2 cas le sublimé en injection hypodermique faire apparaître un pouvoir agglutinant de 1 pour 10 en 6 heures.

VIII. — **Statistique personnelle.**

On a pu voir dans le chapitre II l'importance d'une technique rigoureuse au point de vue des résultats obtenus. Je tiens donc à bien indiquer ici la technique que j'ai suivie. Elle est, du reste, entièrement conforme à celle indiquée par MM. Arloing et Courmont. Je la résume brièvement :

Les cultures que j'emploie ont pour origine un échantillon de tuberculose homogène, obligeamment envoyé par M. P. Courmont à M. le professeur Rodet [1]. Le bacille est entre-

[1] M. Buard, de Bordeaux, avait eu également l'amabilité de nous envoyer un échantillon de son bacille homogène, qui malheureusement a été perdu pour des causes indépendantes de notre volonté.

Digitized by Google

tenu dans de petits ballons de verre sphériques, de 50 cc. environ, à moitié remplis de bouillon de bœuf peptoné à 2 °/₀ et glycériné à 6 °/₀. Je réensemence mes cultures tous les 20 jours, avec des quantités sensiblement égales de cultures-mères.

Les ballons ensemencés sont placés à l'étuve à 38° et agités une fois par jour environ. Un trouble parfaitement appréciable apparaît dans ces ballons au bout de 2 jours à peu près, trouble qui va en augmentant avec le séjour plus prolongé à l'étuve. Ces cultures présentent une homogénéité parfaite. Je me suis assuré que, quand bien même on n'agiterait pas les ballons, cette homogénéité peut persister pendant 10, 12 jours et plus; c'est à peine si l'on voit se produire alors quelques petits grumeaux que l'on n'a, du reste, pas de peine à faire disparaître par l'agitation dès ballons. Le bacille s'est donc parfaitement adapté au rôle qu'on veut lui faire jouer.

Pour pratiquer la séro-réaction, j'emploie de préférence des dilutions de cultures riches. Ce procédé, indiqué par MM. Arloing et Courmont, m'a paru être d'une grande utilité. Il importe en effet beaucoup, si l'on veut observer nettement le phénomène de l'agglutination sur des cultures homogènes de bacilles de Koch, que ces cultures ne présentent pas une grande opacité. Avec des cultures présentant un trouble comparable à celui des cultures d'Eberth que l'on emploie pour pratiquer le séro-diagnostic de Widal, on n'observerait que difficilement le phénomène de l'agglutination[1]. Au contraire, avec des cultures plus claires, on pourra voir se produire ce phénomène avec la plus grande netteté. Un

[1] Nous avons fait agir du sérum d'animal immunisé contre le bacille d'Eberth sur des cultures d'Eberth non diluées et sur des cultures d'Eberth diluées. Nous n'avons pas constaté de différence bien appréciable entre les deux ; cette différence est en tous cas bien loin d'être comparable à ce que l'on observe avec le bacille de Koch homogène.

Digitized by Google

échantillon de culture homogène de bacille de Koch toute prête pour l'agglutination, que M. Paul Courmont nous a très obligeamment envoyé, nous a servi au début pour nous rendre un compte exact du trouble que devaient présenter les cultures employées. Du reste, pour être dans des conditions toujours aussi identiques que possible, j'ai soin de faire au préalable une ou plusieurs dilutions d'essai que je contrôle au sérum-étalon. Après avoir trouvé le point voulu, je dilue une assez grande quantité de culture, et je conserve le mélange par addition de formol du commerce, dans la proportion de 3 à 4 °/₀₀. J'emploie comme sérum-étalon un sérum de chèvre traitée par des extraits ganglionnaires de cobayes tuberculeux.

Pour chaque sérum, je fais trois mélanges de culture et de sérum dans 3 petits tubes aux titres de 1/5, 1/10, 1/15. J'ai toujours soin, en même temps, de faire une agglutination avec le sérum-étalon *à la dilution maxima* donnant encore une réaction macroscopique nette, de façon à m'assurer que ma culture possède toujours le même degré d'agglutinabilité. Je prépare également, en même temps, un tube témoin (culture sans sérum).

Je ne fais que la réaction macroscopique, et je ne considère comme positives à un taux donné que les agglutinations complètes à l'œil nu, c'est-à-dire caractérisées par la formation de flocons bien visibles et surtout la clarification du liquide.

J'ai pratiqué, en suivant cette technique, le séro-diagnostic d'Arloing-Courmont dans 51 cas que je rangerai sous les rubriques suivantes :

Tuberculose pulmonaire, épanchements pleuraux, tuberculose chirurgicale, affections diverses [1].

[1] Je profite ici avec empressement de l'occasion qui s'offre à moi pour remercier bien sincèrement MM. les chefs de service de l'hôpital suburbain : MM. les professeurs Carrieu, Grasset, Forgue, Baumel, Estor, Tédenat et M. le professeur agrégé Brousse, qui ont très obligeamment mis pour ces recherches les malades de leur service à ma disposition.

Digitized by Google

A. Tuberculose pulmonaire.

Les cas de tuberculose pulmonaire pour lesquels j'ai pratiqué le séro-diagnostic sont au nombre de 15. Voici, très brièvement résumées, les observations de ces divers cas :

Observation première. — Salle Combal, n° 27 ; service de M. le professeur Carrieu. — Bacillose n° 3 : caverne au sommet gauche ; ramollissement au sommet dr. Nombreux bacilles dans les crachats. Séro + à 1/10, — à 1/15.

Obs. II. — Salle Combal. n° 1 : gastrite alcoolique, neurasthénie ; bacillose latente des sommets avec bronchite aiguë. Séro + à 1/15.

Obs III.—Salle Bichat, n° 26; service de M. le professeur Carrieu. Troubles dyspeptiques prébacillaires. Séro + à 1/15.

Obs IV. — Salle Bichat, n° 27. Bacillose à forme broncho-pneumonique. Bacilles dans les crachats. Séro + à 1/15.

Obs. V. — Salle Bichat, n° 9 Bacillose : infiltration à gauche, ramollissement à droite. Cachexie ; bacilles dans les crachats. Morte quelques jours après le séro, qui a été positif à 1/5.

Obs. VI. — Salle Bichat, n° 7. Bacillose ; infiltration broncho-pneumonique. Bacilles dans les crachats. Séro + à 1/10.

Obs. VII. — Salle Tisson, n° 33, service de M. le professeur Carrieu. Spléno-pneumonie de nature tuberculeuse Séro + à 1/10.

Obs. VIII. — Salle Bichat, n° 14. Bacillose n° 2 ; bacilles dans les crachats. Séro + à 1/10.

Obs. IX. — Salle Combal, n° 9. Bacillose n° 3. Cachexie. Bacilles dans les crachats. Séro + à 1/10.

Obs. X. — Salle Bichat, n° 7. Bacillose n° 2. Séro + à 1/15.

Obs. XI. — Salle Fouquet, n° 19 ; service de M. le professeur Grasset. Bacillose ; infiltration au sommet gauche ; ramollissement et cavernules au sommet droit. Bacilles dans les crachats. Séro + à 1/10.

Digitized by Google

Obs. XII. — Salle Fouquet, n° 8. Bacillose n° 2. Bacilles dans les crachats. Séro + à 1 15.

Obs. XIII.— Salle Combal, n° 22. Bronchite chronique de nature tuberculeuse avec poussée grippale. Séro + à 1/10, légèrement à 1/15.

Obs. XIV. — Salle Combal, n° 18. Broncho-pneumonie tuberculeuse. Œdème cachectique. Bacilles dans les crachats. Séro négatif à 1/5.

Obs. XV. — Salle Combal, n° 7. Bacillose fébrile avec caverne, cachexie. Bacilles dans les crachats. Séro négatif à 1/5.

En résumé, j'ai pratiqué le séro-diagnostic d'Arloing-Courmont chez 15 sujets, tous très nettement tuberculeux au point de vue clinique et pour la majeure partie desquels la recherche des bacilles dans les crachats a été faite avec succès. Sur ces 15 cas, j'ai eu seulement deux résultats négatifs, ce qui donne, pour les cas positifs, un pourcentage de 87 %, résultat en tous points comparable à ceux obtenus par MM. Arloing et Courmont. Les 2 cas négatifs se rapportaient, du reste, à des tuberculeux très cachectiques. Parmi les 13 cas positifs, deux ont trait également à des tuberculeux très cachectiques (l'une de ces malades est morte peu de jours après le séro) qui ont pourtant donné un résultat positif à 1/5 et 1/10.

Donc, sur 4 cas de tuberculose cachectique, j'ai observé 2 cas positifs et 2 cas négatifs, soit un pourcentage de 50 % seulement de cas positifs. Je puis donc confirmer l'exactitude du fait observé par la plupart des auteurs, à savoir que le séro-diagnostic est généralement d'autant plus positif que le malade est plus éloigné de la cachexie, et que, chez certains tuberculeux cachectiques, on peut voir le séro-diagnostic faire défaut.

(A suivre).

Digitized by Google

MOIS CHIRURGICAL [1]

Société de chirurgie.— Encore l'*appendicite*! M. CHAPUT [2] distingue : 1° les cas très graves de péritonite généralisée avérée; Pas de doute: opérez ! — 2° les cas manifestement bénins; à chaud, comme à froid, excellents résultats ; — 3° les cas graves, c'est-à-dire tous ceux dans lesquels on admet la simple possibilité d'une péritonite au début plus ou moins latente, de gros abcès uniques ou multiples dans ou sous le péritoine, d'une septicémie plus ou moins latente. Ici M. Chaput estime que la léthalité considérable des opérations à chaud pratiquées par les opportunistes paraît en rapport avec le retard apporté par eux à l'intervention. Et M. Chaput se range du côté des radicaux en condamnant l'expectation armée et préconisant l'intervention rapide.

Ici deux statistiques. M. TERRIER [3] divise les opérations faites à la Pitié dans son service, au cours des années 1900, 1901, 1902, en : *a*) opérations d'urgence : 39, 4 morts, soit 10,25 pour 100.— *b*) opérations à chaud : 17, 1 mort, soit 5,88 pour 100. — *c*) opérations à froid : 61, 1 mort, soit 5,12 pour 100. Au total : 117, 6 morts, soit 5,12 pour 100. — M. LEJARS [4] a opéré, depuis 1899, 112 malades : à froid, 69 et 0 mort ; à chaud, 43 et 13 morts ; il se déclare opportuniste, mais non opportuniste mal discipliné, esclave d'une formule, et il est tout prêt à aller de l'avant. — M DELBET [5] a toujours été et reste opportuniste, voire abstentionniste ; il n'a guère opéré jusqu'ici plus de 10 pour 100 des malades observés en état de crise, donnant un total de 19 avec 6 morts ; au contraire, 1 seule mort

[1] A la demande de nos abonnés, nous publierons après chaque mois, sous forme de « Mois chirurgical » et « Mois médical », un compte rendu des principales Sociétés savantes ; les communications les plus intéressantes par leur portée immédiatement médicale seront exposées avec quelques détails ; les autres seront signalées de façon succincte.

[2] 14 janvier 1903.

[3] 14 janvier 1903.

[4] 21 janvier 1903.

[5] 21 janvier 1903.

Digitized by Google

parmi les autres cas. Bref, il trouve même qu'il opère encore trop, à chaud, s'entend, la nécessité de l'intervention à froid restant admise par tous.— Dans les cas moyens, hésitants, M. Rochard[1] penche vers l'intervention. — M. Quénu[2] insiste sur une forme particulièrement grave de l'appendicite, forme toxémique, à symptômes généraux d'intoxication excessivement graves, et réaction locale à peine appréciable. L'opération n'est suivie d'aucune amélioration (observation à l'appui); ne vaudrait-il pas mieux se contenter du traitement médical ?— M. Tuffier[3] attribue aux malaxations de l'appendice l'aggravation consécutive à certaines opérations; ces malaxations chassent brusquement et en grande quantité, dans la circulation, les toxines élaborées et accumulées au sein de l'appendice. — M. Reynier[4] se demande s'il ne s'agit pas d'appendicite érysipélateuse demandant à être respectée. — M. Quénu combat ces deux opinions. — M. Moty[5] rapporte 2 cas opérés sans succès. — M. Chauvel saisit l'occasion de cette discussion pour rapporter une communication de M. Mauser[6] sur la plus grande fréquence de l'appendicite dans l'armée. M. Chauvel, d'après ses propres recherches, estime que la fréquence est la même dans l'armée et dans la population civile, avec une mortalité totale de 7 pour 100. Il signale la rareté de l'appendicite en Algérie (M. Dubujadoux).

Les *sarcomes à myéloplaxes*[7] font l'objet d'une très intéressante communication de M. Monod. femme présentée en novembre 1901 à la Société. Diagnostic : ostéo-sarcome du tibia. Amputation proposée. Mais on se contente en juillet 1902 d'un curettage minutieux. Actuellement, pas la moindre récidive. Examen histologique : sarcome à myéloplaxes. — MM. Schwartz, Nélaton, Berger, Delbet, rapportent des cas analogues de résection partielle avec guérison; toutefois il ne faudrait pas se fier à la bénignité de ces tumeurs. — M. Reclus cite un cas de récidive. — MM. Kirmisson et Broca, dans des cas analogues, ont vérifié qu'il s'agissait de cals vicieux; mais ces observations ne sauraient infirmer les examens histologiques pra-

[1] 21 janvier 1903.
[2] 28 janvier 1903.
[3] 21 janvier 1903.
[4] 21 janvier 1903.
[5] 28 janvier 1903.
[6] 21 janvier 1903.
[7] 7 janvier 1903.

Digitized by Google

tiqués plusieurs fois. — M. DELBET estime que les tumeurs à myéloplaxes ne sont pas des néoplasmes vrais, mais des tumeurs intermédiaires entre les tumeurs inflammatoires pures et les néoplasmes vrais ; les opérations partielles se montrent donc presque toujours suffisantes.

Un *appareil à traction élastique pour fracture de l'humérus*[1] a donné un bon résultat à M. PIERRE DELBET et à M. ALBARRAN : 2 tiges d'acier tendent sans cesse à s'écarter sous l'action d'un ressort métallique ; l'une des tiges prend point d'appui sur l'aisselle, l'autre sur l'avant-bras mis en flexion par un plâtré. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE s'étonne qu'on emploie encore des appareils, lorsque sans eux, on obtient de très beaux résultats. — M. DELBET répond que mieux vaut chercher toujours une réduction parfaite quand on le peut sans compliquer le traitement.

Citons encore des observations de : *luxation habituelle incomplète*[2] *du nerf cubital* (M. SCHWARTZ). — *Associations néoplasiques génitales*[3] (M GUINARD). — *Lipome volumineux développé aux dépens d'une frange épiploïque de l'S iliaque*[4] (M. MALAPERT). — *Oblitération de l'urètre par une valvule congénitale en forme de diaphragme, résection, guérison*[5] (M BAZY pour M. BONNET). — *Résection du condyle pour ankylose de la mâchoire*[6] (M. LEGUEU). — *Œsophagotomie externe appliquée chez l'enfant à l'extraction des pièces de monnaie*[7] (M. SEBILEAU). — *Ablation de l'appendice et d'un diverticule de l'intestin grêle chez le même malade*[8] (M. CAHIER). — *Tumeur mixte de la parotide développée vers la fosse amygdalienne ; extirpation ; guérison*[9] (M. LE DENTU). — *Epithélioma de la face greffé sur un lupus*[10] (M. MORESTIN). — *Fibrome utérin dégénéré*[11] (M. POTHERAT).

M. LEJARS[12] se félicite des résultats fournis par la séparation des

[1] 7 janvier 1903.
[2] 14 janvier 1903.
[3] 14 janvier 1903.
[4] 14 janvier 1903.
[5] 14 janvier 1903.
[6] 14 janvier 1903.
[7] 14 janvier 1903.
[8] 14 janvier 1903.
[9] 21 janvier 1903.
[10] 21 janvier 1903.
[11] 21 janvier 1903.
[12] 21 janvier 1903.

Digitized by Google

urines et leur examen fait avant l'extraction par la voie lombaire d'un *cancer du rein*.— A ce propos, M. Bazy présente un rein amyloïde dont il a pu diagnostiquer l'altération par le seul examen clinique, sans cathétérisme de l'uretère ni division des urines.

M. Lejars[1] communique une observation intéressante par son extrême rareté, d *épithélioma primitif de l'appendice*.

L'amputation de jambe ostéoplastique à lambeau postérieur[2] par le procédé de Bier légèrement modifié a donné un bon résultat à M. Quénu.— MM. Ricard, Tuffier jugent aussi bon le procédé ancien. — M. Kirmisson [3] n'est pas partisan du procédé ostéoplastique

M. Albarran [4] présente la seule observation connue jusqu'à ce jour de *tumeur polykystique périrénale développée aux dépens du corps de Wolf*, du poids de 1 kilog, chez une fillette de 10 mois.

M. Faure [5], d'après le rapport de M. Demoulin, est le premier à avoir enlevé sur le vivant *un cancer de la portion thoracique de l'œsophage par la voie médiastinale droite*; une seconde intervention du même genre pratiquée depuis par M. Faure a été suivie de mort. Avant M. Faure, quatre opérations avaient été faites qui avaient permis d'atteindre l'œsophage thoracique cancéreux rétréci ou contenant un corps étranger mais sans réséquer une partie de ce conduit. Ce sont les deux cas de Rehn, le cas de M. Forgue (de Montpellier), celui de Llobel.

Une vaste tumeur gazeuse du cou [6] chez une petite fille a été enlevée par M. Sebileau.

M. Chaput [7] a pu réaliser avec succès *l'entéroanastomose par le procédé des agrafes rondes* pour tuberculose cæcale.

La méthode de Jousset a permis à M. Tuffier [8] de démontrer la *présence de bacilles de la tuberculose dans plusieurs hydrocèles dites « simples »*.

MM. Mignon et Frey [9] montrent un cas de *prothèse de la mâchoire inférieure*.

[1] 21 janvier 1903.
[2] 21 janvier 1903.
[3] 28 janvier 1903.
[4] 28 janvier 1903.
[5] 28 janvier 1903.
[6] 28 janvier 1903.
[7] 28 janvier 1903.
[8] 28 janvier 1903.
[9] 28 janvier 1903.

Digitized by Google

Société Anatomique. — L'appendicite montre ici encore ses méfaits ! Voici trois appendices : l'un, présenté par M. CONSTANTIN DANIEL [1], vient d'une femme accouchée à sept mois, sans aucun trouble abdominal antérieur ; aussitôt après, coliques, pouls rapide, température élevée ; diagnostic d'infection puerpérale ; **mort** au cinquième jour : *appendicite calculeuse perforante rétrocæcale*, l'appendice absolument détaché du **cæcum.**

Le deuxième appendice présenté par M. PÉRAIRE [2] au nom de M. ADDA, enlevé à froid, contient des concrétions ayant l'apparence du mastic et un poil de blaireau qui paraît avoir appartenu soit à un pinceau, soit à une brosse à dents. Donc, *corps étranger de l'appendice.*

Le troisième appendice, à paroi très hypertrophiée, à cavité dilatée et retrécie en un point en forme de sablier, a imposé à M. BOUGLÉ une opération laborieuse : *tuberculose de l'appendice* [3].

Deux cas d'épithéliome de la main [4] communiqués par MM. PAUL ALQUIER et HELBRON présentaient ce caractère exceptionnel d'avoir débuté par la face palmaire et d'y être resté prédominant. Epithéliome lobulé.

Un *fibrome de la joue* [5], enlevé par M. MARTIN sous anesthésie locale, évoluait à la face interne depuis quatorze ans chez une femme de 70 ans et avait acquis le volume d'un œuf de pigeon.

La *hernie étranglée inguino-superficielle* [6] apportée par M. FOISY offre un diverticulum en avant du grand oblique et un rétrécissement du conduit péritonéo-vaginal au-dessus du testicule antérieurement en ectopie.

M. TILLAIJE présente un *cancer mélanique de la gencive* [7] avec propagation au ganglion sous-maxillaire, très hypertrophié et noir comme de l'encre.

Dans un cas de *rétropéritonite cancéreuse* [8] (M. PAISSEAU), le néoplasme, prenant une grande étendue de la paroi gastrique, s'est infiltré sous le péritoine le long de la paroi postérieure de l'abdo-

[1] 9 janvier 1903.
[2] 16 janvier 1903.
[3] 30 janvier 1903.
[4] 16 janvier 1903.
[5] 16 janvier 1903.
[6] 16 janvier 1903.
[7] 30 janvier 1903.
[8] 30 janvier 1903.

Digitized by Google

men, descendant jusqu'au petit bassin, englobant canaux et vaisseaux, notamment la veine cave inférieure.

M. Guibal communique un cas de *lymphadénome lombaire*[1], pris pour une tuberculose du rein gauche et consécutif à un lymphadénome du testicule.

Le *rétrécissement calculeux du pylore*[2], présenté par MM. Le Bec et Muller, montre un calcul de la cavité du pylore qui, entouré d'adhérences, communiquait avec une vésicule biliaire renfermant de gros calculs.

Citons enfin un cas de *résection pour thrombo-phlébite*[3] variqueuse de la saphène interne et de la poplitée opérée par M. Péraire.

Société d'obstétrique — *Quatre utérus recueillis à l'autopsie d'infection puerpérale*[4], par M. Tissier, sont remarquables par leur peu de lésions macroscopiques, alors qu'il s'est agi d'infections graves ayant rapidement entraîné la mort. Donc, la gangrène et les abcès de l'utérus sont très rares. — M. Budin l'explique par le traitement direct actuel (infections utérines, écouvillonnages, curettages, etc...), pratiqué plus souvent que jadis, de telle sorte que la femme meurt d'empoisonnement à point de départ utérin, l'utérus pouvant être presque guéri.

M. Poirier de Clisson[5] présente une *femme ayant subi plusieurs symphyséotomies*; actuellement, disjonction pubienne, boiterie. — M. Dubrissay fait remarquer que cette femme, indocile en 1894, se leva le lendemain de l'opération après avoir enlevé ses appareils de contention.

Société d'ophtalmologie. — M. Broca étudie *l'utilisation par l'œil des différentes sources de lumière artificielle*[6]. Il faut éviter les radiations rouges et ultra violettes, rechercher les radiations moyennes, vertes, bleues et jaunes. Pour l'éclairage de bureau, pas de lampe à pétrole, mais lampe à huile, ou plutôt lampe à manchon incandescent avec abat-jour transparent, blanc, légèrement nuancé vert ou jaune. Dr J. A.

[1] 30 janvier 1903.
[2] 23 janvier 1903.
[3] 23 janvier 1903.
[4] 15 janvier 1903.
[5] 16 janvier 1903.
[6] 6 janvier 1903.

Digitized by Google

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

Séance du 23 Janvier 1903

Présidence de M. Forgue.

Etaient présents : MM. Brousse, Puech, Galavielle, Guérin, Lagriffoul, Abadie, Ardin-Delteil, Jacquemet, Reynès, Mme Gaussel, Gaussel, Gaillard, Rimbaud, Maystre, Pagès.

De l'association du cacodylate de soude au mercure et à l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis

Par le Dr A. Brousse

La syphilis étant à ses diverses périodes une maladie à action déprimante sur l'économie, pouvant chez certains sujets provoquer une anémie profonde, on s'est préoccupé depuis longtemps d'associer au traitement purement antisyphilitique (mercure, iodure de potassium) les agents toniques, quinquina, fer et particulièrement arsenic. Celui-ci était administré à part sous ses formes classiques ou bien combiné dans la même préparation à l'état d'iodure d'arsenic, avec les iodures de mercure et de potassium sous forme de liqueur de Donovan-Ferrari, préparation qui a donné des succès, mais dont l'ingestion était des plus pénibles pour l'estomac.

L'introduction dans la thérapeutique, récemment faite par Gauthier, des préparations organiques d'arsenic (cacodylate de soude, arrhénal), les beaux résultats qu'elles ont donnés dans les maladies cachectisantes, devaient donner l'idée de les utiliser dans le traitement de la syphilis.

C'est à Brocq [1] que revient le mérite d'avoir le premier utilisé une combinaison de cacodylate et de mercure. Il avait voulu employer en injections le cacodylate de mercure, mais ce sel étant

[1] *Société de Dermatologie*, juillet 1901 et Mémoire de Civalle et Fraisse, *Annales de Dermatologie*, octobre 1901, pag. 838.

Digitized by Google

acide, les piqûres étaient très douloureuses. Fraisse eut alors l'idée de neutraliser son acidité par la soude, et il y parvint en associant à la préparation de l'iodure de sodium ; mais le résultat de la combinaison n'était plus du cacodylate de mercure, mais un mélange stérilisable renfermant par centimètre cube environ les proportions suivantes :

Biiodure d'hydrargyre.....	0gr,005
Iodure de sodium.....	0gr,005
Cacodylate de soude.....	0gr,03

Cette préparation, administrée en injection de 1 ou 2 centimètres cubes, n'est pas douloureuse. Employée contre les diverses manifestations syphilitiques, elle donne des résultats généralement favorables.

Dès la communication de Brocq, nous avons employé cette méthode à la Clinique dermatologique de l'Hôpital-Suburbain. Après avoir d'abord utilisé sa préparation, spécialisée par Fraisse, nous avons eu ensuite recours au mélange direct de biiodure d'hydrargyre et de cacodylate de soude, associés à l'iodure de sodium, et les résultats thérapeutiques nous ont paru aussi bons. Néanmoins, après de nombreux essais, nous avons modifié la formule primitive de la façon suivante, d'après les conseils de M. le Professeur Jadin :

Biiodure d'hydrargyre...	0gr,10
Iodure de sodium.....	0gr,20
Cacodylate de soude.....	0gr,30
Eau stérilisée.....	10cc.

dont on injecte tous les deux jours d'abord 1 puis 2 centimètres cubes.

Cette préparation nous a donné d'excellents résultats, dont un certain nombre sont consignés dans la thèse de M. Massol [1].

Dans les syphilis moyennes, il suffit en général de 12 injections, correspondant à peu près à 20 centigrammes de biiodure pour guérir les accidents.

Ce qu'il y a de particulièrement remarquable avec cette prépa-

[1] Massol. *De l'association de la médication cacodylique à la médication iodo-hydrargyrique dans la syphilis*. Thèse de Montpellier, 30 mai 1902, n° 64.

Digitized by Google

ration, c'est la rapidité avec laquelle se relève l'état général, disparaît l'anémie, rétrocède même la neurasthénie.

Mais le traitement par les injections, s'il constitue un excellent traitement d'hôpital, n'est pas un traitement toujours facile à appliquer dans la clientèle de ville. Aussi y avait-il intérêt à rechercher une association cacodylée et iodo-hydrargyrique pouvant être administrée à l'intérieur. M. Brocq avait essayé d'utiliser à l'intérieur la même préparation qu'il employait en injections hypodermiques, mais elle fut assez mal supportée, et il ne poussa pas plus loin ses essais.

Nous avons eu alors l'idée d'associer le cacodylate de soude au sirop de Gibert modifié, et voici la formule que nous avons adoptée après avis conforme de M. Jadin :

Biiodure d'hydrargyre.....	0gr,15
Cacodylate de soude.....	0gr,75
Iodure de potassium ou de sodium..... Eau distillée.....	*aa* 15 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères q. s. p.	300 cc.

Ce sirop, que nous avons désigné sous le nom de sirop de Gibert cacodylé, renferme donc par cuillerée : 1 centigr. de biiodure, 1 gr. d'iodure et 5 centigr. de cacodylate de soude. Nous le donnons à la dose de 2 à 4 cuillerées par jour.

Contrairement à ce qu'on aurait pu supposer, cette préparation est généralement assez bien supportée par l'estomac, elle l'est beaucoup mieux que le sirop de Gibert ordinaire.

Au point de vue thérapeutique, elle s'est montrée d'une réelle efficacité dans tous les cas où nous l'avons employée, qu'il s'agisse des syphilis secondaire ou tertiaire.

En particulier, nous signalerons le cas d'un sujet atteint d'une céphalée syphilitique des plus rebelles avec symptômes neurasthéniques graves, qui a guéri rapidement par ce sirop, porté progressivement à 4 cuillerées par jour.

En résumé, l'association du cacodylate de soude à la médication iodo-hydrargyrique soit sous forme d'injections hypodermiques, soit incorporé au sirop de Gibert modifié, constitue, une excellente méthode de traitement de la syphilis, d'une réelle efficacité.

Son indication particulière se rencontre dans tous les cas, relativement fréquents chez les femmes, où la syphilis s'accompagne d'un état de dénutrition marquée, d'anémie ou de neurasthénie.

Digitized by Google

M. Forgue. — Cette association médicamenteuse est très logique. la formule d'injection de M. Brousse paraît très commode. Il a d'ailleurs lui-même obtenu de bons résultats en ajoutant du cacodylate au sirop de Gibert et en augmentant la dose d'iodure.

Un cas atypique d'auto-intoxication de la grossesse

Par le Dr Puech

Mme G... est une jeune femme de 21 ans, de complexion vigoureuse et jouissant d'une santé habituelle bonne. A part quelques manifestations scrofuleuses dans l'enfance, on ne relève rien dans ses antécédents pathologiques.

Le père, vivant, est bien portant. La mère est morte en 1895, emportée par une hémorragie, due à une insertion basse du placenta, au terme d'une troisième grossesse.

Mariée à 19 ans, Mme G... a déjà mené à bien deux grossesses antérieures. Elle a nourri son premier enfant pendant 10 mois, époque où elle est devenue enceinte du second ; et le second pendant 8 mois, c'est-à-dire jusqu'à l'époque où elle s'est reconnue grosse pour la troisième fois.

Cette troisième grossesse a évolué sans incident particulier jusqu'au sixième mois (octobre 1902). A cette date, apparaît une éruption siégeant sur la face et sur différents points du corps, — plus spécialement aux deux avant-bras et aux poignets. Cette éruption, qui persiste encore malgré les traitements alors institués, lorsque je suis appelé auprès de la malade, le 27 novembre, est caractérisée par des plaques rouges, humides en certains points, et par des vésico-pustules, dont certaines ouvertes ont laissé à leur place une croûte plus ou moins épaisse. Cette éruption occasionne des démangeaisons assez pénibles. — Néanmoins l'état général paraît très bon et la femme peut vaquer à ses occupations.

Le 20 novembre, au soir, la malade est prise brusquement, en se couchant, d'une douleur très vive au creux de l'estomac avec nausées, mais sans vomissements. Son médecin, qui la voit le lendemain matin, constate que la langue est sale ; il prescrit de l'eau chloroformée.

Le 23, la douleur de l'estomac a disparu, mais les phénomènes d'embarras gastrique persistent ; ce jour-là, le médecin observe, pour la première fois, que les sclérotiques ont une coloration jaune

Digitized by Google

et que le faciès est légèrement terreux. Le même jour, l'examen des urines montre qu'il n'y avait *ni albumine*, ni sucre ; mais qu'il y avait des urates en très grande quantité, ainsi que des *sels biliaires*. On prescrivit un verre d'eau de Rubinat, le régime lacté absolu et de l'eau de Vichy. — Je me hâte d'ajouter que ces prescriptions très rationnelles furent mal exécutées par la malade, qui ne prit son purgatif que le surlendemain et ne se soumit qu'imparfaitement au régime du lait.

Trois jours se passent pendant lesquels la femme continue à aller et venir, comme à l'ordinaire.

Le 26 novembre au soir, la malade se couche en se plaignant d'un peu de trouble de la vue. A 11 heures, elle se lève, s'accroupit sur sa descente de lit, et tenant en main un soulier qu'elle a trouvé à sa portée, urine abondamment sur le sol. C'est dans cette posture que son mari la trouve, lorsque, surpris de ne point la voir regagner son lit, il allume. Aidée par lui, la malade, qui déclare ne plus y voir du tout, regagne son lit. A peine est-elle recouchée, elle est prise d'une crise de larmes, qui se renouvelle à plusieurs reprises, gémit et semble souffrir, sans se plaindre particulièrement de quelque chose. Elle est très agitée et se jette d'un côté à l'autre du lit ; mais, ni le mari, ni les membres de la famille, appelés au secours, n'ont observé quelque chose qui pût rappeler l'attaque classique d'éclampsie. Il en est de même du médecin traitant qui, appelé le lendemain à la première heure, a passé de longues heures auprès de la malade.

Lorsque je la vois, à mon tour, à une heure de l'après-midi, je fais les constatations suivantes : la malade, qui a été très agitée dans la matinée, est couchée sur le côté droit en chien de fusil, sur le bord du lit, où on la maintient pour qu'elle ne tombe pas. Le faciès paraît normal : pas de congestion, ni de teinte asphyxique, pas de bouffissure ; la respiration est régulière. Il n'y a pas trace de morsure de la langue ; à aucun moment, il n'y a eu sortie par la bouche d'écume sanguinolente. Les pupilles sont dilatées et très peu sensibles à la lumière. Pas d'œdème malléolaire. — La température est à 38° ; le pouls, qui bat très régulièrement, est à 80.

Depuis la veille au soir, la malade ne répond à aucune question. Quand on cherche à la déplacer pour la mettre sur le dos ou la reporter au milieu de son lit, elle pousse quelques grognements et reprend, quand on l'abandonne, l'attitude en chien de fusil.

Digitized by Google

A plusieurs reprises, il y a eu une abondante émission d'urine, obligeant à changer la literie.

L'examen obstétrical montre : que l'utérus a son fond à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; que ses parois sont souples ; que le fœtus présente le sommet non engagé en G. T.; que les bruits du cœur fœtal sont bons ; que le col a conservé toute sa longueur. — Je prescrivis le traitement suivant : lavement purgatif ; saignée de 500 grammes ; 12 grammes de chloral en potion.

Le lavement a provoqué l'expulsion de matières décolorées ; en raison des mouvements de la malade, l'ouverture de la veine n'a donné issue qu'à 350 grammes de sang environ.

A la fin de l'après-midi, la malade paraît plus calme. — Vers les 9 heures du soir, commencent à s'écouler par la vulve des glaires sanguinolentes, et à 10 h. 1/2, mon confrère, appelé, constata un début de travail. A chaque douleur, la malade pousse un gémissement, sans qu'il y ait cependant d'agitation bien marquée. A 7 h. du matin, le 28, avait lieu l'expulsion d'un fœtus mort-né, paraissant au terme de 7 mois environ. Délivrance normale sans hémorragie.

Après l'accouchement, la malade, plongée dans une sorte de stupeur, va de plus en plus en s'affaiblissant, et, malgré des injections de sérum artificiel et de caféine, elle s'éteint doucement à 2 heures de l'après-midi.

Je ne vois pas d'autre étiquette à donner à ce cas que celle d'*intoxication gravidique*. Sans doute, notre observation diffère du tableau classique de la femme enceinte présentant, pendant un temps plus ou moins long, de l'albuminurie ; puis, les phénomènes dits prémonitoires de l'éclampsie ; enfin les accès qui terminent brutalement le drame. Mais, pour être atypique, ce cas n'en est pas moins, à mon avis, un cas d'intoxication gravidique.

Pour expliquer son allure si particulière, ne peut-on invoquer l'intégrité de l'appareil rénal ? Ici, seul le foie serait en cause ; il s'agirait d'une véritable hépato-toxhémie. Par le rein fonctionnant bien se seraient éliminés les poisons convulsivants, auxquels sont dues les attaques d'éclampsie. — En tout cas, notre observation montre qu'une femme peut mourir d'intoxication gravidique, sans passer par la phase des accès convulsifs.

J'attire, en terminant, l'attention sur l'éruption dont notre malade avait été atteinte un mois avant les accidents qui l'ont emportée. C'est à un *herpès gestationis* que nous avions affaire. Or,

Digitized by Google

quelques accoucheurs ont une tendance, parfaitement légitime à mon sens, à le rattacher à l'auto-intoxication gravidique. Dans un cas semblable, il ne faudrait pas hésiter à mettre la malade au régime lacté absolu, dès la première apparition de l'éruption cutanée.

Fracture de la trachée par cause indirecte.

par le Dr Gaussel.

Les fractures de la trachée étant un accident très rare et souvent très grave, il nous a paru intéressant de rapporter l'observation suivante que nous avons recueillie il y a deux ans.

Le 24 décembre 1900, dans la matinée, nous fûmes appelé à examiner un homme âgé de 62 ans qui venait de tomber d'un arbre. Nous vîmes le malade vingt minutes à peine après son accident. Il nous apprit qu'une branche sur laquelle il s'était aventuré étant venue à casser il avait été précipité sur le sol, d'une hauteur de 2 mètres à 2 mètres 50 environ. Pendant le trajet de l'arbre au sol, il avait exécuté une demi-rotation sur lui-même et était ainsi tombé sur la nuque et les épaules, de façon que sa tête avait été fortement et brusquement fléchie sur la poitrine. La terre, ayant été tout récemment travaillée, avait amorti le choc et notre malade n'avait même pas une contusion sur tout son corps ; il avait été un peu étourdi au moment de la chute, mais ce malaise passa très vite. L'examen le plus minutieux fait à ce moment ne nous révéla rien d'anormal.

Le soir du même jour, nous eûmes l'occasion de revoir notre malade. Tout d'abord, nous fûmes frappé du gonflement de son cou. La palpation nous révèla l'existence d'un emphysème sous-cutané étendu sur la région carotidienne, sur la région médiane du cou, atteignant en haut la région sus-hyoïdienne, en bas les creux sus claviculaires. La pression sur le côté gauche de la trachée au niveau du premier anneau réveillait une douleur assez vive, bien limitée. Il n'y avait pas de dyspnée ni de crachements de sang. Le diagnostic porté alors fut celui de fracture de la trachée. Il n'y avait aucun signe de fracture du larynx, pas de troubles de la voix, pas de crépitation cartilagineuse au niveau des cartilages du larynx. Nous avions affaire à une fracture isolée de la trachée.

Le malade était un vieux bronchitique qui toussait constamment, aussi y avait-il indication absolue à calmer la toux pour prévenir

Digitized by Google

le développement de l'emphysème. Nous prescrivîmes une potion calmante dans ce but, en recommandant aussi au malade de ne point parler et d'éviter tout effort.

Le 25 décembre et les jours suivants, l'emphysème sous-cutané progresse, il gagne successivement la face, où il envahit les joues, les paupières, le front, rendant ainsi le sujet absolument méconnaissable, il s'étend au tronc, aux membres supérieurs jusqu'à la face dorsale des mains, aux nembres inférieurs jusqu'aux genoux.

La douleur au niveau de la trachée persiste. Il n'y a pas de dyspnée, pas de signes stéthoscopiques à l'auscultation autres que ceux de la bronchite chronique.

L'infiltration gazeuse se limite à la peau ; à aucun moment nous ne constatons de troubles de la phonation ou de la respiration laryngée.

Le 28 décembre, l'emphysème a commencé à rétrocéder ; à partir de ce moment la résorption de l'air infiltré sous la peau est assez rapide, le malade peut être considéré comme guéri 8 jours après son accident. Il persiste seulement une légère douleur à la pression de la trachée, toujours au même point. Ce signe lui-même disparaît bientôt.

Ce qui fait l'intérêt de notre observation, c'est d'abord, au point de vue clinique, l'absence de toute dyspnée pendant la durée de la maladie. Ce symptôme est souvent très marqué et c'est lui qui fait indication quand la question de la trachéotomie se pose ; en second lieu notre observation est intéressante par le mécanisme de production de la fracture.

Nous avons pu réunir une quarantaine de cas de fracture de la trachée, qui feront l'objet d'un travail spécial, et nous avons ainsi constaté que le plus souvent elles sont produites par cause directe, le traumatisme portant directement sur le cou (coup de pied de cheval, chute sur un corps dur à arêtes vives qui porte sur le devant du cou, strangulation, etc). Dans quelques rares cas la cause agit d'une façon indirecte. Un malade de Wagner fut traîné par un wagon en marche de façon que sa tête, retenue par le frein, était fortement rejetée en arrière, la tête et le tronc décrivant un arc à concavité postérieure. Il en résulta une fracture de la trachée qui guérit. Elle avait été produite par extension forcée de la tête.

Chez notre malade au contraire, il y a eu flexion forcée. Pour comprendre comment la fracture a pu se produire dans ce mouvement, étant données la laxité et la mobilité de la trachée, qui fait

Digitized by Google

facilement, nous pouvons invoquer d'abord l'âge du malade qui permet de supposer un certain degré d'ossification, rendant les anneaux de la trachée plus vulnérables. Nous pouvons également rappeler la possibilité de l'intussusception de la trachée par flexion forcée de la tête comme dans le cas classique de Lang. Elle a trait à un jeune homme qui, étant resté suspendu par les pieds, en tombant d'un arbre, cherchait, par de violents mouvements de flexion de la tête sur la poitrine, à imprimer à son corps un mouvement de balancement qui lui permît d'aller saisir une branche avec les mains. Ce jeune homme présenta des troubles respiratoires qui le poussèrent au suicide. L'autopsie démontra que, dans les mouvements de flexion de la tête, il y avait pénétration du troisième anneau de la trachée dans le deuxième.

Dans notre observation nous supposons que, la trachée n'ayant pas fui devant le larynx suffisamment vite au moment de la chute sur la nuque (la possibilité du fait est démontrée par l'observation de Lang), la pression du larynx sur le premier anneau de la trachée en a déterminé la fracture.

M. Forgue, — L'élément fondamental dans l'étiologie de cette fracture de la trachée est vraisemblablement, selon l'hypothèse de M. Gaussel, un certain degré d'ossification de la trachée qui en a fait un tube fragile.

Une observation de Botryomycose.

Par M. Abadie

Observation. — Femme, 25 ans environ ; s'est fait une piqûre sous l'ongle de l'index ; petite tache noire qui bientôt s'agrandit ; à ce niveau, ulcération, perforation circulaire, située à la limite de l'ongle et de la pulpe, par où fait saillie une tumeur bientôt pédiculée, molle, rougeâtre, « framboisiforme », saignant facilement, indolore. Une section du pédicule, deux cautérisations au nitrate d'argent sont inefficaces : le champignon se reforme rapidement.

Au moment où nous la voyons, grosse comme un pois chiche, la tumeur soulève l'ongle qui la recouvre en partie ; à sa base on voit nettement la perforation, à l'emporte-pièce, de l'épiderme qui donne issue à son pédicule.

Diagnostic : Botryomycose.

Digitized by Google

Deux incisions en V détachent à la partie supérieure du doigt, après section de l'ongle, une tranche des parties molles entraînant la tumeur et son pédicule. Cicatrisation rapide.

Examen histologique : fibro-papillome muqueux d'allure infectieuse.

Cette observation est à rapprocher de quatre autres cas que M. le professeur Bosc et M. Abadie publient dans un article transmis à la *Presse médicale* en novembre 1902 et dont l'insertion doit être espérée prochaine. Trois de ces observations ont d'ailleurs été rapportées dans la thèse de Drouet, en mai 1902.

a) L'observation de 5 cas en un an et demi montre bien que l'affection, il y a peu de temps encore considérée comme rare, est en réalité assez fréquente mais peu souvent diagnostiquée.

b). Dans les cinq cas, l'examen histologique, dans deux d'entre eux l'étude bactériologique fournissent des résultats absolument concordants : on ne saurait admettre avec Poncet et Dor que la botryomycose, bien qu'ayant une allure clinique très particulière, est une affection spécifique due à un agent microbien spécial, le botryocoque, ni que le botryomycome est, au point de vue anatomo-pathologique, un adéno-fibrome d'origine sudoripare.

Les agents microbiens trouvés à la surface des tumeurs étudiées sont des staphylocoques.

L'aspect histologique est celui d'un fibro-adénome muqueux d'origine infectieuse.

Ces deux conclusions sont d'ailleurs admises dans les études les plus récentes à ce sujet ; à l'encontre de Carrière et Potel [1] fidèles encore à l'interprétation du professeur Poncet, Deguy et Savariaud estiment que « la prétendue botryomycose n'est, en somme, qu'une variété de staphylococcose aboutissant à la formation de bourgeons charnus, véritable néoplasie inflammatoire pédiculée de la peau » [2]. Cette opinion était déjà donnée dans la thèse de Drouet [3] à la suite des examens histologiques de M. Bosc et peut-être eût-il été intéressant que MM. Savariaud et Deguy, écrivant une revue générale, eussent consulté, même parmi les travaux de « la province », une thèse qui constituait elle-même une revue générale.

[1] Carrière et Potel ; *Presse médicale*, 17 mai 1902.

[2] Deguy et Savariaud ; *Gazette des Hôpitaux*, 1902, n° 115.

[3] Drouet ; *De la Botryomycose*, th. Montpellier, mai 1902.

Digitized by Google

M. Forgue. — La question est aujourd'hui jugée. Il est démontré que ces fameux botryomycomes sont simplement des granulomes dus au staphylocoque. Il n'y a de caractéristique que la forme spéciale, mais un fait analogue est présenté par le fongus du testicule.

Traitement moderne de la gale

Si le traitement classique de la gale par la frotte à l'aide de la pommade sulfo-alcaline d'Helmérich constitue une excellente méthode d'hôpital, il est difficilement applicable dans la clientèle privée et, d'autre part, souvent trop irritant pour les sujets à peau fine.

On peut le remplacer avantageusement par l'emploi des BAUMES (baume du Pérou, onguent styrax).

Jullien a vulgarisé en France l'usage du baume du Pérou dans le traitement de la gale, d'ailleurs très facile à appliquer : le soir, au moment du coucher, on frotte à l'aide d'une brosse douce, toutes les parties du corps atteintes de lésions galeuses avec 50 à 60 gr. de baume du Pérou ; on revêt ensuite un complet de flanelle recouvrant le baume.

Le lendemain, on prend un bain d'amidon et on saupoudre le corps de poudre d'amidon. On change de vêtements et dans la plupart des cas on peut être considéré comme guéri.

Exceptionnellement, il faut faire une seconde frottée. Il persiste généralement pendant plusieurs jours des démangeaisons qu'on calmera par des bains d'amidon, suivis de poudrage à l'amidon.

Manié avec précaution, le baume du Pérou ne donne lieu à aucun des accidents dont on l'a accusé ; le seul reproche à lui faire est son prix relativement élevé.

C'est pour cela qu'il peut y avoir, dans certaines conditions, avantage à le remplacer par un baume de prix plus modique, tel que l'onguent styrax. Celui-ci, déjà employé pour traiter la gale infantile, associé à une ou deux parties d'huile, a l'inconvénient d'être de consistance compacte. Pour pouvoir l'utiliser, il faut l'associer à une petite quantité d'alcool, par exemple, dans les proportions suivantes :

Onguent styrax....	50 gr.
Alcool à 90°.....	25 gr.

Digitized by Google

On procède avec ce mélange comme avec le baume du Pérou.

Ce traitement par les baumes a le double avantage de ne pas nécessiter d installation spéciale, par suite, de pouvoir être pratiqué par chacun à son domicile ; et de n'être pas irritant pour la peau, ce qui permet de l'utiliser d'emblée dans les gales compliquées.

A la campagne, il peut se faire que l'on se trouve dépourvu de tout médicament antigaleux : on peut avoir recours au *pétrole* ; on se sert de pétrole ordinaire, mélangé de 2 ou 3 parties d'huile d'olive bien pure, avec lequel on frotte le soir, pendant deux ou trois jours de suite, toute la surface du corps, sauf la tête ; le lendemain, on savonne à l'eau chaude et on poudre d'amidon.

Quel que soit le traitement employé, il est une précaution indispensable pour éviter les récidives : c'est de faire désinfecter les vêtements et la partie de la literie qui se sont trouvés en contact avec la surface du corps ; il suffira, pour cela, dans la plupart des cas, de les passer au lessif bouillant ; pour les vêtements de drap, on aura recours à l'étuve ou à la désinfection par les vapeurs de soufre.

Dr A. Brousse.

VARIÉTÉS

Thèses du temps jadis

C'est à Montpellier que soutint ses thèses *Charles de l'Orme*, qui fut successivement attaché à la personne de trois rois : Henri IV, Louis XIII et Louis XIV. Les sujets qu'il eut à discuter et les propositions qu'il dut défendre sont cités par le docteur E. Callamand, dans un récent numéro de la *Chronique médicale*.

Imprimées et mises en vente à Paris en 1608, ces thèses peu banales sont accompagnées de nombreux éloges, écrits en latin et en grec par les admirateurs du nouveau docteur, et précédées d'une fort belle estampe.

L'unique thèse de bachelier consistait à savoir « S'il est bon pour la santé de danser aussitôt après le repas ». Le candidat soutint l'affirmative.

Voici le sujet des quatre thèses de licence :

I. Convient-il d'employer les mêmes remèdes avec les *amants*

Digitized by Google

qu'avec les *déments*? Le jeu de mots en latin (*amantium* et *amentium*) est bien plus flagrant. — Réponse : oui.

II. Une fièvre pestilente peut-elle être intermittente?— Réponse : non.

III. La guimauve est-elle un être vivant, et a-t-elle les propriétés que lui accordent Dioscoride et Galien ? — Réponse : oui.

IV. L'usage exclusif de l'eau comme boisson est-il plus utile aux jeunes gens qu'aux vieillards ? — Réponse : oui.

La soutenance de ces 4 thèses occupa 8 séances.

Voici maintenant le sujet des quatre thèses de doctorat :

I. La vie des rois, des princes et des grands est-elle moins exposée à la maladie, et plus longue que celle des gens du peuple et des paysans ?

II. Les vésicants sont-ils bons pour les douleurs arthritiques ?

III. Peut-on préparer un poison qui tue à une époque déterminée ?

IV. Est-il permis, quand une femme enceinte souffre d'une maladie aiguë, de lui prescrire des abortifs ?

La soutenance, cette fois, dure 4 jours. Sur les trois premiers points, le candidat se prononça plus ou moins franchement pour l'affirmative ; sur le quatrième, il soutint la négative au nom de la religion.

Aux thèses succédèrent 100 propositions, problèmes ou paradoxes défendus contre tous par le futur docteur et d'ailleurs choisis par lui même. Dans le nombre, il en est d'assez inattendus, par exemple : La femme est-elle plus parfaite que l'homme ? — Les mâles peuvent-ils avoir du lait ? — A-t-il été donné au seul roi de France de guérir les écrouelles ?

En 1619, pendant la peste et pour échapper à la contagion, il se fit faire un habit de maroquin qu'il ne quittait plus et ne sortait jamais sans avoir de l'ail dans la bouche, de la rue dans le nez, de l'encens dans les oreilles, et sur les yeux des bésicles ! Plus tard, il mit un masque de maroquin comme l'habit et où il avait fait attacher un nez long d'un demi-pied, afin de détourner la malignité de l'air.

Il n'en mourut pas moins.... à 95 ans.

Digitized by Google

BIBLIOGRAPHIE

De nos jours, le nombre est bien grand des petits livres sans valeur aucune qui, sous les noms de manuel, vade-mecum, aide-mémoire, memento, encombrent les vitrines des libraires et parfois, hélas, les tables de nos cabinets. Aussi est-ce toujours avec un sourire un peu sceptique que l'on accueille l'annonce de quelque nouveauté qui a le malheur de porter un de ces titres trop connus, et je dois reconnaître que dans la très grande majorité des cas, notre scepticisme est admirablement justifié par la nullité absolue de ces productions.

Tout autre est l'opinion que l'on aura du petit volume que vient de faire paraître notre distingué confrère M. Puech, professeur agrégé d'accouchements à la Faculté de Médecine, sous le titre modeste de *Guide de Thérapeutique obstétricale*.

En un format commode, agréablement vêtu d'une reliure souple, ce petit guide impressionne favorablement la vue. Dès les premières pages une longue préface du professeur Grynfeltt nous dit en termes très élogieux tout le bien que le maître pense du petit livre, et, pour qui connaît la sincérité coutumière et l'habituelle franchise de son Auteur, cette préface est à elle seule un sûr garant de la valeur du Guide.

Ce livre n'est pas un gros volume avec l'exposé de toutes les thérapeutiques possibles en obstétrique et de nombreuses descriptions de procédés et d'appareils. Non ! L'Auteur a laissé absolument de côté tout ce fatras inutile au praticien et, imitant en tout point la simplicité, le classement d'un livre bien connu, *les Consultations médicales* du professeur Grasset, M. Puech à propos de chaque cas nous indique, en quelques phrases claires et concises, en quelques mots bien souvent, quelle est la conduite qu'il tient et qu'il croit être la bonne. Il n'y a pas à choisir entre deux solutions: à chaque cas correspond une ligne de conduite tracée que le praticien n'a plus qu'à suivre. Pas de descriptions de procédés, d'opérations, rien que l'indication de celui ou de celle que vous devez adopter. Ce n'est pas un Traité de Thérapeutique obstétricale, c'est

Digitized by Google

un simple guide destiné à diriger l'accoucheur, à le mettre sur la voie si sa mémoire est défaillante. A ce titre, ce petit livre remplit une lacune et l'on n'aurait pu mieux le faire. Nous y retrouvons toute la clarté d'esprit, toute la précision, toute la justesse de jugement de son auteur, et toutes ces qualités, réunies en un travail agréablement présenté au public, ne peuvent qu'assurer à cet ouvrage le succès le plus complet.

Pour faciliter les recherches, puisque c'est un livre d'urgence, les matières ont été rangées par ordre alphabétique et nous nous permettrons d'attirer l'attention des lecteurs sur les excellents chapitres consacrés à la conduite à tenir dans : l'Accouchement normal, l'avortement, l'albuminurie, le cancer, les cardiopathies, la délivrance, l'éclampsie, la gémellité, la grossesse extra-utérine, les hémorragies de la délivrance et celles des trois derniers mois, l'infection puerpérale, le nouveau-né, les procidences, les rétrécissements du bassin, la rétroversion de l'utérus gravide.

En voulant citer les plus parfaits, j'ai failli les citer tous.

Il y a là un livre qui rendra les plus grands services aux praticiens, et si notre Maître, M. le professeur Grynfeltt assure que chacun doit le posséder dans sa bibliothèque, j'estime rendre encore mieux sa pensée en disant que tout médecin doit l'avoir dans sa poche quand il est appelé auprès d'une femme en douleur.

C'est aussi un aide-mémoire excellent pour l'étudiant et qui lui sera de la plus grande utilité dans la préparation des examens, ne fût-ce que pour classer et préciser les multiples notions vagues cueillies dans les gros Traités.

Construit sur le modèle des Consultations médicales du professeur Grasset dont il a même emprunté les méthodes de classement, ce livre est appelé à marcher sur les traces de son devancier et le même succès lui est assuré. C'est avec le plus grand plaisir que nous pouvons le lui prédire et que nous serons heureux d'en constater la réalisation.

Dr Guérin-Valmale.

« **Maladies microbiennes** ».— Sous ce titre le docteur L. Garrigue, de la Faculté de Paris, vient de faire paraître chez MM. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris, 1 vol. in-18 jésus, de 300 pages avec gravures, dans lequel il expose la découverte de lois

Digitized by Google

naturelles qui vont transformer l'*Art médical en Science médicale*. Prix : 4 francs.

Grâce à la découverte de ces lois, un traitement a été créé qui guérit certainement le cancer et la tuberculose.

L'univers vivant tout entier est composé de sels formiques qui se sont groupés, ont évolué sous l'influence des phénomènes extérieurs : chaleur, pression, lumière.

La cellule n'est qu'une conséquence de ces phénomènes, elle peut persister tant qu'elle vit d'une façon conforme à ce milieu créateur.

Tissée de formiates, elle reçoit son énergie du soleil, qui prend pour intermédiaire les glucoses, condensations du plus simple composé formique, la formaldéhyde. Celle-ci, en effet, a pris naissance dans la plante, grâce à l'énergie solaire.

Les conséquences pratiques de la découverte de ces lois sont considérables.

En montrant comment les glucoses se transforment continuellement dans l'organisme, en acide formique, grâce à l'oxygène, le docteur Garrigue explique pourquoi nous sommes invulnérables tant que le mécanisme de cette réaction chimique est normal — nous sommes en effet antiseptiques.

Mais l'oxygène pénètre-t-il moins abondant dans le torrent circulatoire, les glucoses ne peuvent plus se transformer en acide formique, l'organisme n'est plus antiseptique.

Les microbes ou ferments qui sont partout peuvent pulluler et remplir leur fonction normale, qui est de désorganiser la matière organisée pour qu'elle puisse être réorganisée de nouveau et faire ainsi d'autres êtres.

On trouvera dans ce livre un traitement très détaillé, déduit de la découverte de ces lois, qui en donnant à la cellule toute son énergie, débarrasse l'organisme des invasions microbiennes.

Les expériences faites sur la tuberculose et le cancer sont absolument probantes.

L'Éditeur-Gérant : P. DELORD-BOEHM.

Montpellier. — Imprimerie DELORD-BOEHM ET MARTIAL.

Digitized by Google

N° 8 22 FÉVRIER 1903. TOME XVI

MONTPELLIER MÉDICAL

Journal Hebdomadaire paraissant tous les Dimanches

SYNDICAT MÉDICAL DE L'HÉRAULT

Assemblée générale du 28 décembre 1902.

Présidence de M. HORTOLÈS, *Président du Syndicat.*

Après la lecture et l'adoption sans observation du procès-verbal de la précédente séance et avant d'aborder l'ordre du jour, M. Hortolès communique à l'assemblée une lettre du Dr A..., de Béziers, qui demande au Syndicat de vouloir bien l'indemniser des frais que lui a occasionnés le procès, d'ordre professionnel, qu'il a eu à soutenir. Ce procès, dont il a été rendu compte dans une séance précédente, vient d'avoir sa solution. Le tribunal a donné gain de cause à notre confrère; mais ce dernier n'en a pas moins à supporter les frais d'avocat et de procédure, qui s'élèvent à la somme de 450 francs. Le Dr A... estime que sa cause intéresse tout le corps médical, et, à ce titre, il demande au Syndicat de lui rembourser tous ses frais.

M. Carrieu estime que la demande du Dr A... ne devrait nous être adressée que par l'intermédiaire du Syndicat de Béziers.

M. Diffre pense qu'il s'agit avant tout d'une question d'intérêt particulier, et que le Syndicat n'est intéressé que secon-

Digitized by Google

dairement. Cependant, à titre d'approbation et de solidarité, *M. Diffre* propose de donner une certaine allocation.

M. Coustan, *M. Forgue*, *M. Gilis*, émettent la même opinion.

L'assemblée, consultée, vote la proposition de M. Diffre ; mais, auparavant, le Bureau communiquera cette décision au Syndicat de Béziers.

M. Hortolès, avant de céder la Présidence à M. Carrieu, prononce le discours suivant :

« Arrivé au terme de cette présidence, je tiens à vous adresser mes remerciements pour le concours que chacun a apporté dans la collaboration de nos travaux. Mais je dois plus particulièrement encore me montrer reconnaissant envers les membres du bureau, MM. Magnol et Héran, qui depuis plusieurs années, et toujours avec le même dévouement, contribuent pour une si large part à la réussite de notre œuvre : certain d'être l'écho de vos sentiments, je leur adresse aussi vos témoignages de profonde gratitude.

Et si je tiens à ce témoignage, Messieurs, c'est que nous sommes à la veille de perdre notre secrétaire des séances : M. Héran, par un sentiment que vous apprécierez, ne croit pas devoir garder plus longtemps un poste qu'il occupe depuis quatre ans, et dans lequel, sans souci de la peine, il ne voit que l'honneur de remplir une tâche utile à tous.

Enfin, avant de passer la présidence à notre ami M. le professeur Carrieu, sur lequel vous avez porté vos suffrages, je suis heureux de lui souhaiter la bienvenue en vous félicitant d'un choix qui place à la tête de notre Syndicat un confrère aussi dévoué que compétent.

Il me reste, Messieurs, à vous rappeler les questions qui nous ont occupés pendant l'année qui vient de s'écouler. Je ne vous entretiendrai pas des petits services d'intérêts particuliers que quelques-uns de nos confrères ont cru devoir soumettre à l'arbitrage de votre bureau ; nous pensons les avoir réglées au mieux de leurs intérêts.

Je ne m'étendrai pas davantage sur l'affaire du sieur Clément, qui a cru devoir en appeler du jugement du tribunal civil ; la Cour a reconnu le bien fondé du Syndicat en maintenant la condamnation

Digitized by Google

du sieur Clément aux dépens et en l'obligeant à ajouter sur sa plaque l'origine de son titre de docteur (de Philadelphie).

Si la Cour a modifié le premier jugement, en faisant dispense de l'insertion dans les journaux et en ordonnant la restitution de l'amende, ce n'a pas été du moins sans insérer dans ses considérants que, vu son grand âge, ce vieillard de 80 ans n'avait pu causer de préjudice bien appréciable au corps médical.

A part son importance directe, cette action en justice montre l'utilité de la collectivité et comment, *personne morale*, le Syndicat peut défendre les intérêts particuliers ou généraux des médecins.

En confirmant le jugement du tribunal et en nous donnant satisfaction, la Cour a fixé pour la première fois la jurisprudence qui condamnait un officier de santé prenant un titre qu'il n'a pas.

En fait, c'est une nouvelle victoire que nous ont réservée Mes Guibal et Sélignac, ces serviteurs dévoués auxquels notre Syndicat reconnaissant ne saurait ménager ses remerciements et ses félicitations.

L'influence du Syndicat a été encore manifeste cette dernière année dans une réunion générale des Associations de secours mutuels de notre région où, comme toujours, le rôle des victimes, si j'osais dire d'exploités, nous était réservé.

Les Sociétés de secours mutuels et de prévoyance étaient en effet unanimes à trouver que le tarif de 2 francs par visite était trop élevé et proposaient celui de 1 fr. 50; par sa réponse, au maintien de son premier tarif, le Syndicat a montré toute son importance.

Cette utilité de se grouper, de demander l'avis de ses pairs contre des collectivités mutuelles s'est manifestée aussi envers la Société des tramways, qui nous a consenti des conditions plus avantageuses.

Enfin, dans notre dernière Assemblée générale, nous avons commencé l'élaboration du tarif minimum des honoraires, c'est ce travail que nous vous demandons aujourd'hui de compléter, assuré que son résultat mettra dans vos mains une arme puissante pour la revendication de vos intérêts, qu'elle sera comme un arbitre de vos différends : chacun ayant à cœur, par sa mise en usage, de prouver que le Syndicat n'est pas un vain mot et de reconnaître que dans toutes Sociétés les charges et les obligations sont toujours à côté des avantages.

Par les applaudissements unanimes qui couvrent les derniers mots de ce discours, les membres du syndicat présents

Digitized by Google

à la séance expriment à *M. Hortolès* leurs remerciements et leurs félicitations pour le zèle et l'extrême affabilité qu'il n'a cessé d'apporter dans l'accomplissement de son mandat

Son discours résume les travaux du Syndicat pendant l'année qui vient de s'écouler : il est juste d'ajouter que beaucoup de résultats n'ont été obtenus que grâce à l'habile et heureuse intervention du Président.

On aborde l'ordre du jour, qui comprend :

I. — Admission de nouveaux Membres.

MM. les Docteurs Aubert, Apostolakis, Martin, Henri Sahut, de Montpellier ; Servel, de Pérols ; Viel, de Ganges, sont admis par acclamation à l'unanimité.

II. — Nomination des Membres du Bureau.

A la majorité de 26 voix par vote au scrutin secret, sont élus :

M. le Dr Coustan, *vice-président*.

M. le Dr Moitessier, *secrétaire des séances*.

Le Bureau est ainsi composé pour l'année 1903 :

M. Carrieu, *Président*.

MM. Coustan, Levère, *vice-Présidents*.

M. Magnol, *Secrétaire général*.

M. Moitessier, *Secrétaire des séances*.

Avant d'ouvrir la discussion sur le tarif d'honoraires, on décide à l'unanimité de fixer la prochaine réunion, qui sera suivie du banquet annuel, au samedi 21 février.

III. — Tarifs minima d'Honoraires.

On ne revient pas sur la fixation des tarifs de visites médicales ou de consultations, qui ont été définitivement arrêtés à

Digitized by Google

la dernière séance. On adopte également sans discussion les tarifs des certificats médico-légaux.

Les tarifs de chirurgie soulèvent quelque discussion. *M. Gilis* pense d'abord qu'il peut y avoir de gros inconvénients à tarifer au minimum les interventions chirurgicales pour les deux dernières catégories, et que pour la première catégorie il y a le tarif de l'assistance chirurgicale gratuite.

M. Forgué et *M. Jeanbrau* partagent cette manière de voir.

De leur côté, *M. Vallois* et *M. Reynès* proposent de ne pas mentionner les tarifs pour les interventions obstétricales ; *M. de Grenier* est d'avis de mentionner les tarifs pour toute intervention, quand ce ne serait que pour donner une même base d'appréciation aux confrères qui exercent dans une même petite localité.

Les médecins de campagne, d'une façon générale, émettent la même opinion que M. de Grenier.

M. Carrieu propose alors de voter sur la question préalable.

Par 13 voix contre 7, l'assemblée se déclare partisan de la discussion et de la fixation d'un tarif minimum chirurgical pour les trois catégories.

Le tirage spécial du tarif minimum qui accompagne ce compte-rendu donne les résultats de la discussion. Ils seront encore soumis à la prochaine séance et adoptés alors définitivement.

Après épuisement de l'ordre du jour :

M. Blanc demande à M. Lachapelle de traduire devant le bureau du Syndicat les médecins dont il a parlé et qui ont contrevenu aux tarifs acceptés.

M. Coustan propose de remettre à l'ordre du jour les moyens de sanction contre les confrères qui font la médecine au rabais.

Digitized by Google

M. Lachapelle demande que le bureau du Syndicat fasse des démarches pour obtenir, de la municipalité de Montpellier, une augmentation des honoraires des médecins du Bureau de Bienfaisance en rapport avec celle que le Conseil général a consentie aux médecins de l'Assistance gratuite départementale.

M. Carrieu propose de nommer une Commission qui sera composée du Bureau et de MM. Andrieu, Lachapelle, Cotsaftis.

Le Secrétaire des Séances,
Dr J. HÉRAN.

LE SÉRO-DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE

REVUE GÉNÉRALE ET NOUVELLE STATISTIQUE

Par le Dr **A. LAGRIFFOUL**

Chef des Travaux de Microbiologie à la Faculté de Médecine
Ancien Chef de Clinique médicale, Licencié ès Sciences naturelles

(*Suite.* — Voir nos 1, 4, 5 et 7, pag. 1, 92, 126 et 164)

B. — EPANCHEMENTS PLEURAUX

J'ai pratiqué le séro-diagnostic dans dix cas d'épanchements pleuraux. En voici les observations très résumées :

OBS. XVI. — Salle Combal, n° 4. Pleurésie séro-fibrineuse. Cytodiagnostic : lymphocytes. Séro + à 1/15 avec le sang et la sérosité pleurale

OBS. XVII. — Salle Combal, n° 21. Pleurésie séro-fibrineuse gauche. Cytodiagnostic : lymphocytes. Séro + à 1/10 avec la sérosité

Digitized by Google

pleurale, à 1/15 avec le sang ; un mois plus tard, on trouve encore un séro + à 1/10 avec la sérosité pleurale, à 1/15 avec le sang.

Obs. XVIII. — Salle Combal, n° 29. Pleurésie séro-fibrineuse ; bacillose des sommets. Séro + à 1/10 avec le sang.

Obs. XIX. — Salle Fouquet, n° 11. Pleurésie séro-fibrineuse gauche. Cytodiagnostic : lymphocytes. Séro + à 1/10 avec le sang.

Obs. XX. — Salle Fouquet n° 11. Pleurésie séro-fibrineuse gauche. Cytodiagnostic : lymphocytes. Séro + à 1/10 avec le sang, à 1/15 avec la sérosité .

Obs. XXI. — Salle Fouquet, n° 7. Pleurésie séro-fibrineuse gauche. Cytodiagnostic : lymphocytes et polynucléaires en proportion à peu près égale. Séro + à 1/15 avec le sang, à 1/10 avec la sérosité pleurale.

Obs. XXII. — Salle Fouquet, n° 5. Bacillose pleuro-péricardique ; granulie des séreuses. Séro + à 1/15 avec le sang.

Obs. XXIII. — Salle Achard, n° 12. (Service de M. le professeur Grasset). Bacillose pleuro-péritonéale. Séro + à 1/10 avec le sang.

Obs. XXIV. — Salle Tisson, n° 32. Pleurésie sèche. Séro + à 1/10 avec le sang.

Obs. XXV. — Salle Combal, n° 11. Pleurésie gauche, avec épanchement et congestion pulmonaire (probablement de forme spléno-pneumonique) chez un tuberculeux. Cytodiagnostic de l'épanchement : lymphocytes et pneumocoques.

Séro d'Arloing — à 1/5 avec la sérosité pleurale, + à 1/15 avec le sang.

En résumé, j'ai observé dix cas de pleurésie. J'ai dans ces dix cas pratiqué le séro-diagnostic avec le sang du malade ; dix fois j'ai obtenu un résultat positif. Pour six de ces cas, le cytodiagnostic a pu être pratiqué ; il a permis de constater une prédominance marquée de lymphocytes, c'est-à-dire ce que l'on considère en général comme la signature de la nature tuberculeuse de la lésion. Une seule fois, on a

Digitized by Google

observé des polynucléaires en quantité à peu près égale à celle des lymphocytes.

Cinq fois seulement, j'ai pu pratiquer le séro-diagnostic à la fois avec le sang et avec la sérosité pleurale. Le résultat a été positif quatre fois. Le pouvoir agglutinant du sang s'est montré une fois égal à celui de la sérosité pleurale, deux fois il lui a été supérieur et une fois inférieur. Une fois enfin, le séro-diagnostic a été positif à 1/15 avec le sang et négatif à 1/5 avec la sérosité pleurale. L'intérêt tout particulier de ce dernier cas m'engage à en parler un peu plus longuement. L'observation de ce malade a, du reste, été déjà relatée par M. le Dr Ardin-Delteil à la Société des Sciences Médicales de Montpellier (Séance du 16 janvier 1903).

Il s'agissait d'un homme de 45 ans entré le 5 décembre 1902 dans le service de M. le professeur Carrieu. Cet homme, qui, d'une part, pouvait être considéré comme un ancien bacillaire en raison des lésions qu'il présentait à ses sommets, contracta, environ deux mois avant son entrée à l'hôpital, une affection pulmonaire que, d'après les commémoratifs, on considéra comme ayant pu être une pneumonie; chez cet homme débilité, cette pneumonie n'eut pas une résolution franche; le malade traînailla, et quand il entra à l'hôpital, le diagnostic fut hésitant entre splénopneumonie et pleurésie métapneumonique. La thoracentèse, pratiquée sept jours après l'entrée du malade à l'hôpital, donna 550 cc. d'un liquide séro-fibrineux de teinte verdâtre. M. le Dr Ardin-Delteil pratiqua le cyto-diagnostic de ce liquide, qui lui montra une réaction leucocytaire à mononucléaires, où dominait la lymphocytose (lymphocytes 65 0/0; grands mononucléaires 30 0/0; cellules endothéliales et polynucléaires 5 0/0). Mais, fait très curieux, les préparations se faisaient remarquer par une abondance de diplocoques encapsulés, présentant toutes les réactions des pneumocoques.

Digitized by Google

Je pratiquai le séro d'Arloing-Courmont avec le sang du malade et avec le liquide épanché; et, fait aussi curieux que le précédent, j'obtins un résultat très positif au 1/15 avec le sang et négatif au 1/5 avec la sérosité pleurale.

Au premier abord, il semble que l'un des procédés, soit le cyto diagnostic, soit le séro-diagnostic, doive se trouver en défaut. Il n'en est rien cependant, et nous croyons que ces faits peuvent s'expliquer de la façon suivante : On sait actuellement que l'on ne doit pas considérer la formule lymphocytaire comme traduisant nécessairement la nature tuberculeuse d'une lésion et qu'on peut l'observer dans des cas de processus chronique non tuberculeux. Or, nous voyons que précisément, chez le malade en question, la pleurésie paraît être de date assez ancienne. Dès lors, la présence de nombreux pneumocoques dans l'épanchement, et le séro-diagnostic d'Arloing Courmont négatif, peuvent fort bien faire admettre la nature pneumococcique de cette pleurésie, malgré la réaction lymphocytaire (laquelle traduirait simplement la chronicité du processus) et bien que le malade soit d'autre part tuberculeux (séro positif avec le sang); il s'agirait donc, en somme, d'une pleurésie séreuse lymphocytaire et pneumococcique non tuberculeuse (sérosité pleurale non agglutinante) chez un tuberculeux (sérum agglutinant)[1].

C. — Tuberculose chirurgicale

Je n'ai pratiqué le séro-diagnostic d'Arloing-Courmont que pour cinq cas de tuberculose chirurgicale, dont voici l'indication :

[1] Voir pour plus de détails sur ce sujet la discussion de cette observation par M. le professeur agrégé Vedel à propos de la communication de M. le docteur Ardin-Delteil (Montpellier médical, 1er février 1903).

Digitized by Google

Obs. XXVI, Salle-Delpech, n° 35, service de M. le professeur Forgue. Tumeur blanche du genou gauche. Séro + à 1/5, négatif à 1/10.

Obs XXVII. Lésion rénale chez un ancien pleurétique. séro + à 1/15.

Obs. XXVIII. — Salle Delpech n° 18. Tumeur blanche du genou gauche. Séro + à 1/15.

Obs. XXIX. — Salle J. L. Petit n° 31, service de M. le professeur Forgue : Tumeur blanche du genou droit. Séro très + à 1/5 ; légèrement + à 1/10 et 1/15.

Obs. XXX. — Salle J. L. Petit. Mal de Pott. Séro + à 1/15.

En résumé, pour les 4 cas nettement tuberculeux au point de vue clinique, (3 tumeurs blanches, un mal de Pott), le séro-diagnostic a été positif. Pour un malade atteint de lésion rénale à nature indéterminée et qui avait eu antérieurement une pleurésie, le séro-diagnostic a été également positif.

D. — Affections diverses

J'ai pratiqué le séro-diagnostic d'Arloing-Courmont dans 21 cas d'affections diverses. En voici l'énumération.

Obs. XXXI. — Salle Combal n° 7. Rhumatisme articulaire aigu chez un alcoolique avec *delirium tremens*. Séro légèrement + à 1/5.

Obs. XXXII. — Salle Combal n° 10. Dilatation bronchique. Séro — à 1/5.

Obs. XXXIII. — Salle Combal n° 24. Poumon cardiaque. Séro — à 1/5.

Obs. XXXIV. — Salle Bichat n° 9. Entérite d'origine indéterminée, avec phénomènes de congestion et d'œdème pulmonaire. A l'autopsie, pas de lésions tuberculeuses appréciables, du moins macroscopiquement, dans aucun organe. On constate la présence

Digitized by Google

de perforations sur l'intestin grêle, à environ 60 centimèt. de sa partie terminale. Le bacille d'Eberth n'a pu être isolé de la rate. Séro de Widal. — Séro tubercul. + à 1/15.

Obs. XXXV. — Salle Ricord, service de M. le professeur Brousse Syphilis primaire. Séro négatif à 1/5. (aucun traitement n'avait encore été commencé).

Obs. XXXVI. — Salle Bichat n° 18. Dothienentérie. Séro de Widal +. Séro tubercul. + à 1/15.

Obs. XXXVII. — Salle Bichat n° 17. Dothienentérie. Séro de Widal +. Séro tubercul. + à 1/10.

Obs. XXXVIII. — Salle Bichat n° 15. Dothienentérie. Séro de Widal +. Séro tubercul.+ à 1/15.

Obs. XXXIX. Salle Delpech n° 30. Ostéosarcome du genou droit. Séro tubercul. — à 1/5.

Obs. XL. — Salle Combal n° 28. Sclérose pulmonaire. Séro — à 1/5.

Obs. XLI.— Salle Fouquet, n° 3. Dothienentérie chez un syphilitique. Séro + à 1/5.

Obs. XLII. — Salle Achard, n° 2. Fièvre syphilitique. Séro Widal —. Séro Arl. + à 1/5.

Obs. XLIII. — Salle Achard, n° 15. Neurasthénie. Séro —.

Obs. XLIV. — Salle Fouquet. Sclérose en plaques. Séro —.

Obs. XLV. — Dothienentérie. Séro de Widal, positif. Séro d'Arloing + à 1/10.

Obs. XLVI. — Dothienentérie. Séro de Widal —. Séro d'Arloing —.

Obs. XLVII. — Salle Combal, n° 17. Dothienentérie. Séro de Widal +. Séro d'Arloing + à 1/10.

Obs. XLVIII. — Salle Fouquet, n° 1. Dothienentérie. Séro de Widal +. Séro d'Arloing + à 1/15.

Obs. XLIX. — Dothienentérie. Séro de Widal légèrement positif. Séro de Courmont —.

Digitized by Google

Obs. L. — Salle Combal, n° 8. Pneumonie des vieillards au stade d'hépatisation grise. Séro — à 1/5.

Obs. LI. — Salle Bichat, n° 10. Hémichorée. Séro légèrement positif à 1/5.

En résumé, j'ai pratiqué le séro-diagnostic dans 21 cas d'affections diverses. J'ai eu 10 cas négatifs et 11 cas positifs. Les cas négatifs comprennent : une dilatation bronchique, un poumon cardiaque, une syphilis, un ostéosarcome du genou, une sclérose pulmonaire, une neurasthénie, une sclérose en plaques, une pneumonie des vieillards et deux dothienentéries à séro-diagnostic de Widal, négatif pour l'une et légèrement positif pour l'autre. Les 11 cas positifs comprennent : un rhumatisme articulaire aigu, une entérite, une fièvre syphilitique, une hémichorée et enfin sept cas de dothienentérie à séro-diagnostic de Widal positif. Parmi ces onze cas positifs, deux n'ont été que faiblement positifs à 1/5 (rhumastisme articulaire aigu chez un alcoolique avec *delirium tremens* — Hémichorée) et, par conséquent, on peut les ranger parmi les cas négatifs. Dans ces conditions, les 21 cas d'affections diverses auraient donné douze fois un résultat négatif, soit 57 0/0, et neuf fois un résultat positif, soit 43 0/0.

On ne peut manquer d'être frappé de ce fait, que sur les neuf cas positifs, sept se rapportent à des fièvres typhoïdes, pour lesquelles, d'autre part, le séro-diagnostic de Widal a été positif, et que dans les deux cas de fièvre typhoïde pour lesquelles le séro d'Arloing-Courmont a été négatif, le séro-diagnostic de Widal était négatif pour l'une et faiblement positif pour l'autre.

Si nous ne tenons pas compte des cas de dothienentérie, les affections diverses pour lesquelles nous avons pratiqué la séro-réaction tuberculeuse se réduisent à douze avec dix

Digitized by Google

fois un résultat négatif, soit 83 0/0, et deux fois un résultat positif, soit 17 0/0.

Comment expliquer maintenant les résultats que nous avons observés dans la fièvre typhoïde ? Le hasard a-t-il voulu que les dothienentériques que nous avons examinés fussent en puissance de tuberculose, ou bien y a-t-il là quelque chose de réellement particulier ? C'est un point sur lequel nous ne voulons pas encore nous prononcer et que nous sommes, du reste, en train d'étudier plus particulièrement en ce moment.

Nous donnons ci-dessous le résumé des résultats que nous a donnés le séro-diagnostic d'Arloing-Courmont :

Cas observés : 51.

Tuberculoses pulmonaires, non cliniquement douteuses, la plupart avec bacilles dans les crachats : 15 cas, 13 résultats positifs, soit 87 °/₀, 2 résultats négatifs, soit 13 °/₀.

Sur ces 15 cas, 4 tuberculoses cachectiques, 2 cas positifs, soit 50 °/₀, 2 cas négatifs, soit 50 °/₀.

Epanchements pleuraux : 10 cas, 10 résultats positifs avec le sérum sanguin. Cinq fois seulement, le séro-diagnostic a été pratiqué avec la sérosité pleurale : 4 résultats positifs, 1 résultat négatif[1]. Sur les 4 cas positifs, le pouvoir agglutinant du sang s'est montré une fois égal à celui de la sérosité pleurale ; deux fois il lui a été supérieur et une fois inférieur.

Tuberculoses chirurgicales. 5 cas, 5 résultats positifs, soit 100 °/₀.

Affections diverses. 21 cas. 12 résultats négatifs, soit 57 °/₀. 9 résultats positifs, soit 43 °/₀.

Sur ces 21 affections diverses, 9 dothienentéries : 7 résul-

[1] Voir l'explication de ce résultat négatif, page 209.

Digitized by Google

tats positifs (séro-diagnostic de Widal +) ; 2 résultats négatifs (formes graves à séro de Widal —).

En éliminant les dothienentéries, 12 affections diverses : 10 résultats négatifs, soit 82 °/₀, deux résultats positifs, soit 17 °/₀.

(à suivre)

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

Séance du 30 Janvier 1903

Présidence de M. Forgue.

Etaient présents : MM. Brousse, Imbert, Vedel, Guérin, Lagriffoul, Abadie, Gaillard, Villard, Gaussel, Mme Gaussel, Rimbaud, Sarradon, Maystre, Pagès.

Sur l'agent pathogène de la botryomycose

(A propos de la communication de M. Abadie dans la précédente séance)

Par M. le Dr LAGRIFFOUL

Lorsque M. Drouet, l'été dernier, faisait sa thèse sur la botryomycose, il me pria d'examiner deux échantillons de botryocoques ; l'un provenait, je crois, de Lyon ; l'autre de Pragues.

Vous savez que les auteurs sont loin d'être d'accord sur la nature de l'agent pathogène de la botryomycose. Pour les uns, le botryocoque serait une espèce microbienne particulière ; pour les autres, le botryocoque serait tout simplement un staphylocoque.

D'après les partisans de la dualité, les caractères principaux qui permettraient, au point de vue bactériologique, de distinguer les deux microbes, seraient les suivants :

Le botryocoque liquéfierait plus rapidement la gélatine que le staphylocoque.

Ensemencé par piqûre sur gélatine, il donnerait lieu à la partie supérieure de la strie d'ensemencement, à la formation de bulles en forme de tulipe ou de calice.

Digitized by Google

Les cultures de botryocoque dégageraient une odeur aromatique analogue à celle des fraises.

Enfin, le pouvoir chromogène du botryocoque varierait avec la température.

J'ai ensemencé les deux échantillons de botryocoques que m'avait donnés M. Drouet sur les divers milieux usuels, agar, gélatine, bouillon, pomme de terre. J'ai ensemencé en même temps sur ces différents milieux un échantillon de staphylocoque doré, et je dois dire qu'au point de vue macroscopique, je n'ai pas constaté de différence appréciable entre les cultures de botryocoque et les cultures de staphylocoque. La rapidité de la liquéfaction de la gélatine était à peu près la même: je n'ai pas constaté la présence de bulles en forme de tulipe ; je n'ai pas constaté l'odeur de fraise dégagée par les cultures ; je n'ai pas constaté non plus de variations appréciables dans le pouvoir chromogène.

Du reste, au point de vue macroscopique, on pouvait constater l'identité complète entre le staphylocoque et le botryocoque : pour les deux, on voyait, au microscope, des cocci de 1 μ. de diamètre environ, réunis en grappes, et prenant tous deux le Gram.

Le simple examen bactériologique ne permettait donc pas de différencier des staphylocoques ces deux échantillons de botryocoque.

Je me garderai bien cependant de conclure, d'après ces quelques examens seulement, à l'identité absolue entre le staphylocoque et le botryocoque. Peut-être les deux échantillons que j'ai examinés n'étaient-ils que de vulgaires staphylocoques. Du reste, il nous manquerait, pour nous prononcer, l'épreuve que l'on considère comme la plus importante, l'inoculation au cheval, l'inoculation de botryocoque donnant lieu chez cet animal à la production de masses muriformes, ce qui n'a pas lieu avec le staphylocoque.

La question de la nature de l'agent pathogène de la botryomycose appelle encore, on le voit, de nouvelles recherches ; mais les cas de botryomycose humaine sont assez rares ; c'est pour cela qu'il y aurait grand intérêt, quand on a la bonne fortune d'en observer un cas, à isoler le botryocoque et à en obtenir les cultures pures, dont une étude approfondie permettrait peut-être d'apporter un peu de lumière dans cette question encore bien obscure et bien controversée.

M. Forgue. — Ces tumeurs ne sont pas très rares; on aura

Digitized by Google

l'occasion, dans le courant de l'année, d'en fournir à examiner à M. Lagriffoul; mais au dernier Congrès de chirurgie l'accord tendait à se faire pour ne voir dans ces tumeurs qu'une forme spéciale de lésions dues au staphylocoque.

M. Abadie. — M. Lagriffoul a donné comme caractère distinctif du botryocoque la production de champignons muriformes par l'inoculation. Comme cette inoculation donne tantôt des abcès, tantôt des champignons muriformes, il resterait à démontrer que le staphylocoque ne peut pas donner le champignon muriforme dans certaines conditions spéciales.

M. Lagriffoul. — Ce sont précisément ces conditions spéciales qu'il faudrait déterminer. M. Conte, vétérinaire départemental, pense que chez le cheval, mais chez cet animal seulement, il y a toujours production d'un champignon muriforme.

Kyste de la petite lèvre à épithélium cylindrique.

Par le Dr Abadie.

Observation. — Mme N..., 45 ans environ, porte depuis près de deux ans, au bord de la petite lèvre droite, une tumeur à développement très lent et absolument indolore, mais gênante.

Actuellement, il existe à la face interne de la petite lèvre une tumeur régulièrement sphérique, du volume d'une noisette; elle a progressivement repoussé les téguments en se développant au-dessous d'eux sans adhérer à leur face profonde et s'est ainsi pédiculisée au point de déborder le bord libre de la petite lèvre, conservé avec son aspect normal; cette tumeur est liquide sans tension assez forte.

Deux pinces de Kocher, se rejoignant par leurs extrémités, lui font faire une saillie plus nette et pincent le pédicule. Un coup de ciseaux détache la tumeur. Suture par un crin de Florence. Réunion par première intention.

Pièce. — La poche, à paroi mince, est facilement isolable de la peau par simple dissection. A la coupe, un liquide blanchâtre, dense, sirupeux, collant, s'écoule de la cavité uniloculaire. L'examen histologique montre une couche fibreuse peu épaisse, tapissée par une seule assise d'épithélium cylindrique continu très net.

Digitized by Google

Remarques. — Il s'agit là d'un kyste de la vulve d'une variété particulièrement rare et dont l'interprétation pathogénique est peu précise.

La structure des petites lèvres est, en effet, fort simple et l'on ne saurait invoquer une origine glandulaire, puisque toutes les glandes de la petite lèvre sont sébacées.

Peut être faut-il adopter l'hypothèse d'un débris wolfien aberrant pour expliquer cette formation kystique tardive. C'est l'interprétation à laquelle se rangeait Morestin en présentant, en mars 1902, à la Société anatomique un kyste de la petite lèvre absolument semblable au nôtre.

Encore ne faut-il pas oublier que ce siège est bien anormal pour un débris wolfien ; les canaux de Gartner ou l'extrémité inférieure des canaux de Wolf, quand ils persistent, doivent s'ouvrir dans le vagin et non à la vulve, au-dessus de l'hymen et non au-dessous !

M. Forgue. — Ces kystes font partie de la série des kystes embryonnaires qui s'échelonnent tout le long du tractus génital.

Tumeur du sein kystique à contenu puriforme

Par le docteur ABADIE

OBSERVATION. — Mme P. ., 65 ans, entre dans le service de M. le professeur Forgue, pour une tumeur du sein.

D'antécédents héréditaires et personnels excellents, cette dame, très vigoureuse et d'un fort embonpoint, ressent brusquement le 10 juillet 1899, à la suite d'une scène de famille pénible, des douleurs très vives au mamelon gauche. Quatre jours après, incision en pleine zone inflammatoire ; il s'écoule environ 2 verres de pus. Une semaine plus tard, la malade est sur pieds, la plaie cicatrisée. Depuis, plus rien.

Plus de trois ans après, vers octobre 1902, en faisant sa toilette, Mme P..., trouve que le mamelon gauche est un peu en retrait et manque de mobilité ; au-dessous, masse un peu grosse qui n'existe pas dans l'autre sein. Nulle douleur.

A son entrée, on trouve dans le sein gauche, sous le mamelon rétracté qui en occupe le centre, une tumeur discoïde, plate, à délimitation peu nette et qui semble être à lobulations multiples et petites. Elle est *dure en tous ses points*, un peu douloureuse à la

Digitized by Google

l'opération; la peau est difficile à plisser. Pas de retentissement ganglionnaire appréciable.

La rétraction du mamelon, les adhérences profondes de la peau, sa dureté, font penser à un cancer du sein, mais atypique de par sa surface à lobulations fines, de par sa délimitation peu nette, de par l'absence de retentissement ganglionnaire.

Le 27 décembre, amputation du sein par la méthode de Halsted, en un seul temps, sans retouche aucune, en 11 minutes.

16 jours après, la malade sort, la ligne d'incision est cicatrisée par première intention en tous ses points.

Examen de la pièce. — La peau est d'apparence saine, le mamelon légèrement déprimé en entonnoir à son sommet. Tout autour, sur une zone correspondant à l'induration sous-jacente, la peau ne se laisse pas facilement pincer avec les doigts, mais ne présente plus d'adhérence complète. Dans la masse adipeuse, d'origine axillaire, on trouve quelques petits ganglions disséminés, durs,

D'un franc coup de couteau à amputation, on procède à la *coupe* par une incision méridienne. Un jet de pus ! Il existe exactement au-dessous du mamelon une cavité du volume d'un gros œuf de poule qui vient aboutir par une partie plus étroite à la base du mamelon formée de tractus conjonctifs mous en voie de ramollissement.

La cavité est limitée par une paroi nette dont la surface interne, mince, est lie de vin et formée par un détritus humide strié de parties blanches. Au-dessous est une couche conjonctive qui se confond plus ou moins avec le tissu cellulo-adipeux et envoie des tractus dans la profondeur de celui-ci.

L'examen microscopique est pratiqué par M. le professeur Bosc, auquel nous devons les détails suivants : Dans les parties périphériques, le stroma de la tumeur est formé par un tissu conjonctif à grandes cellules allongées ou étoilées et de travées plus ou moins dissociées par l'œdème et parcourues par des vaisseaux volumineux. Sur une grande partie de cette périphérie et formant en certains endroits des amas volumineux, on constate des boyaux remplis de cellules, anastomosés les uns avec les autres, à bords déchiquetés, formant un système lacunaire. Les cellules sont volumineuses, d'aspect épithélial, à gros noyaux riches en chromatine avec des figures de karyokinèse fréquentes.

Digitized by Google

Le tissu conjonctif intermédiaire subit une dégénérescence muqueuse de plus en plus accentuée, aboutissant à la disparition de toute structure précise et à une nécrose consécutive des cellules renfermées dans les espaces.

Il semble donc qu'on soit en présence d'un *carcinome du sein en régression kystique sous l'influence d'une dégénérescence muqueuse de son stroma.*

...*Mais*, si l'on examine plus attentivement les boyaux cellulaires, on constate que les cellules sont très irrégulières et présentent des prolongements qui les réunissent les unes aux autres et aux bords de leurs cavités, et que ces cavités, à bords irréguliers, communiquent les unes avec les autres, et avec les petits espaces conjonctifs voisins qui se dilatent progressivement. Le tissu intermédiaire présente la structure du fibro-myxome avec des points de dégénérescence muqueuse totale.

De telle sorte qu'en se basant : sur la constitution des boyaux cellulaires, la structure des cellules, leurs rapports entre elles et avec le tissu intermédiaire et en considérant la structure même de ce tissu, nous pensons qu'il ne s'agit pas d'un carcinome, mais d'un *fibro-myxo-sarcome à grandes cellules en dégénérescence muqueuse.*

Conclusion.— Il est bon de rappeler que, trois ans avant l'apparition de la tumeur du sein, la malade semble avoir présenté un abcès du sein. Peut-être pourrait-on penser que le point de départ a été dans une inflammation chronique primitive et que l'*abcès a préparé le terrain pour l'évolution consécutive d'un fibro-myxo-sarcome.*

M Forgue. — Cette observation est très intéressante au point de vue clinique. Cette tumeur était remarquable par sa consistance, qui n'était pas la dureté du carcinome ; il n'y avait pas de ganglions perceptibles dans l'aisselle ; mais on ne pouvait pas soupçonner l'existence d'une poche de pus. Après l'ablation, on avait songé à la tuberculose mammaire, mais l'examen histopathologique vient de montrer qu'il s'agit d'un fibro-myxo-sarcome.

M. Imbert se souvient d'un cas difficile de diagnostic où M. Dubrueil prit un abcès du sein pour un néoplasme.

Digitized by Google

A propos de deux cas d'hémorragie tardive du post-partum par rétention d'un cotylédon et par fibrome sous-muqueux.

Par le Dr Guérin-Valmale.

Dans un village des environs de Montpellier, une jeune femme de 25 ans, primipare et bien constituée, était accouchée très normalement, entre les mains d'une sage-femme, d'une belle fillette en excellente santé. La délivrance fut faite par traction sur le cordon peu après l'expulsion de l'enfant et tout se passa très simplement, paraît-il. Pendant les suites de couches, la mère nourrit son enfant, et il n'y eut pas d'infection, mais les lochies étaient assez abondantes et ne cessèrent pas comme d'ordinaire du 8e au 12e jour. Au contraire, un léger suintement sanguin persistait et, de temps en temps, tous les cinq ou six jours, survenait une petite hémorragie.

Quatre semaines après l'accouchement, je fus appelé à voir cette femme, cet état persistait toujours, et la veille, une hémorragie plus violente avait effrayé la famille.

La femme était couchée, très faible et d'une extrême pâleur ; son pouls était très rapide (120 pulsations par minute) ; elle nourrissait encore sa fillette, mais ne lui donnait qu'un lait insuffisant.

De la vulve s'écoulait un suintement sanguinolent odorant ; par le toucher combiné on sentait un utérus volumineux, dépassant de trois travers de doigt le bord de la symphyse, il était un peu en rétroversion et le col relativement ouvert admettait facilement le doigt.

Après soigneuse désinfection du vagin, je dilatai le col et pénétrai avec deux doigts dans la cavité utérine. Elle était occupée par une masse demi-dure, arrondie, qui paraissait adhérer à la région de l'angle droit ; avec le bout des doigts, je fis un véritable curage de cette cavité utérine, et pus extraire tout ce qu'elle contenait d'anormal, après quoi je terminai par un curettage, une cautérisation à la teinture d'iode créosotée et, enfin, un tamponnement de l'utérus à la gaze iodoformée, trempée dans la même solution iodo-créosotée Le tampon fut enlevé le lendemain, et l'on fit pendant quinze jours, deux fois par jour, des injections vaginales au sublimé. La femme se rétablit très rapidement.

Quant à la masse extraite de l'utérus, elle avait le volume d'un

Digitized by Google

œuf et était constituée par un cotylédon placentaire laissé adhérent à l'utérus lors de la délivrance, qui avait eu le tort d'être faite par traction trop énergique sur le cordon avant l'entier décollement du placenta.

Cette observation représente à peu près le schéma de ce qui se passe le plus souvent dans les hémorragies tardives du post-partum. Un cotylédon est resté adhérent à l'utérus, il entretient l'écoulement lochial et cause de temps à autre de petites hémorragies dont la répétition peut être fatale à la femme. Le tableau se complique évidemment s'il survient de l'infection. Parfois le cotylédon est spontanément expulsé, d'autres fois, il faut une intervention pour en débarrasser l'utérus.

Mais toutes les hémorragies tardives du post partum ne reconnaissent pas cette cause et la seconde observation que voici en est un exemple assez curieux.

Mme A. L..., ménagère, âgée de 32 ans, sans antécédents pathologiques intéressants et d'une santé généralement bonne, est accouchée une première fois très normalement, les suites ont été légèrement infectieuses.

Un an après, elle accouche pour la seconde fois et cette fois de deux jumeaux. La grossesse avait été banale et l'on ne s'attendait à rien. Le premier enfant (fille) fut expulsé en présentation du sommet et aussitôt suivi d'une violente hémorragie utérine ; le second, enfant (fille) fut alors extrait par les pieds. La délivrance fut normale et l'hémorragie ne se reproduisit pas. Durant une semaine, les suites de couches ne présentèrent rien de spécial. Au huitième jour la femme se leva, aussitôt survint un écoulement sanguin qui l'obligea à se recoucher et ne cessa plus, tantôt plus fort, tantôt plus faible, souvent réduit à un simple suintement. Quelques jours après, cet écoulement prit une odeur très fétide. Au vingt-cinquième jour nouvelle tentative de lever, nouvelle hémorragie. Un confrère, appelé, ordonna de l'ergotine et des injections chaudes. L'état persista.

Au trente-cinquième jour après son accouchement, je pus examiner cette femme.

Couchée dans son lit, elle était très anémiée, d'une pâleur jaunâtre, exténuée de faiblesse ; le pouls, filiforme, battait 120. Du vagin s'écoulait un suintement rougeâtre très fétide.

Digitized by Google

L'utérus, très augmenté de volume, était facilement senti sous la paroi abdominale cependant épaisse, il paraissait avoir les mêmes dimensions qu'à une grossesse de quatre mois.

Le col était dilaté de 3 centimètres et au travers de l'orifice on sentait une masse saillante. J'hésitai entre un certain degré d'inversion utérine, un reste de placenta ou un fibrome.

J'introduisis toute la main dans le vagin, et ayant dilaté quelque peu le col, j'introduisis deux doigts dans l'utérus. Je reconnus alors que la masse sentie au col n'était autre qu'un fibrome de la dimension d'une petite orange, suspendue au côté gauche de l'utérus presque au niveau de l'angle, par un pédicule de la largeur de deux doigts. Par torsion j'arrachai la tumeur, puis à l'aide de la pince coupante de Grynfeltt et d'une curette j'enlevai toute trace du pédicule et je terminai par un curettage général de la cavité utérine, suivi d'une cautérisation à la teinture d'iode créosotée et d'un tamponnement à la gaze iodoformée, trempée dans ce mélange. Le tampon fut ôté le lendemain. Des lavages intra-utérins furent faits pendant huit jours, et la femme se remit très rapidement et sans accident.

La tumeur était un fibrome sous-muqueux, pédiculé, qui avait commencé à se sphacéler et à s'accoucher.

Cette cause d'hémorragie du post partum n'est pas absolument commune, mais on en rencontre de temps à autre quelques cas. Ici même, en 1892, à la Clinique obstétricale, M. Puech se trouva en présence d'un cas analogue. Après son accouchement, une femme eut une hémorragie tellement violente et incoercible, que l'on dut pratiquer le tamponnement intra-utérin Quatorze jours après l'accouchement, on opéra l'extraction d'un fibrome sous-muqueux gros comme un œuf qui avait causé tout le mal.

Les deux observations que je viens de communiquer tendent à démontrer la nécessité absolue du toucher intra-utérin dans tous les cas d'hémorragies du post partum, même assez tardives. Lui seul est capable de renseigner sur ce que contient l'utérus et sur la présence d'un corps étranger quel qu'il soit, débris placentaire, fibrome ou autre.

Ces observations démontrent en outre les avantages du curage digital. Avec lui on est certain de vider la cavité utérine, d'enlever en entier les corps étrangers sans danger de perforation, on sait ce qu'on veut faire, ce qu'on fait, et on le fait bien et sûrement.

Digitized by Google

Avec le curettage au contraire, on s'expose à des mécomptes. Dans ces cavités utérines spacieuses, même lorsqu'on se sert des larges curettes de Wallich, le corps du délit peut jouer à cache cache avec la curette, et lorsqu'on croit avoir tout enlevé on a parfois laissé la partie essentielle. C'est ainsi que, même entre les mains des hommes les plus autorisés, le curettage a parfois causé de désagréables surprises, témoin le cas où, dans un avortement thérapeutique fait avec la curette, on vit trois jours après l'intervention l'utérus expulser la tête du fœtus.

Avec le curage digital on est sûr de tout extraire et c'est la première intervention à faire dans les cas qui nous occupent, quitte à le compléter par un léger curettage et un pansement convenable.

M. Forgue a eu l'an dernier la preuve de l'insuffisance du curettage. Il s'agissait d'une femme accouchée depuis trois mois, qui présentait des phénomènes infectieux généraux qui l'avaient fait diriger dans le service de M. Grasset. M. Forgue dut pratiquer plusieurs curettages successifs à cause de l'ampleur de l'utérus, qui mesurait 16 centimètres.

M. Guérin. — Un avantage de l'introduction du doigt, c'est qu'on fait ainsi une dilatation du col suffisante pour laisser passer les fragments détachés, qui sont parfois assez volumineux.

NOUVELLES

—

M. le Médecin principal de 1re classe Czernicki, directeur du Service de Santé du XVIe corps d'armée, est promu au grade de médecin inspecteur et nommé directeur du Service de Santé du XVIIIe corps, à Bordeaux.

—

Sur l'initiative de M. Benoît, recteur de l'Académie de Montpellier, une série de conférences sur la tuberculose ont été faites au Palais universitaire. Nous en rendrons compte dans un prochain numéro.

Digitized by Google

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

—

Tableau des Actes du 16 au 24 Février 1903.

Lundi, midi 1/2, thèse, examinateurs : MM. Grasset, Bosc, Rauzier, Vedel ; candidat : M. Bouisson.

Mardi, 8 h. 1/2, 2e examen, examinateurs : MM. Vialleton, Hédon, Moitessier ; candidats : MM. Espéron, Bialobrjesky.

Mercredi, midi 1/2, 3e examen, 1re partie, examinateurs : MM. Estor, Vallois, L. Imbert ; candidats : MM. Castagnoni, Berard, Virenque. — Midi 1/2, 3e examen, 2e partie, examinateurs : MM. Mairet, Ducamp, Brousse ; candidats : MM. Ardisson, Duhamel. — Midi 1/2, thèse, examinateurs : MM. Grasset, Granel, Rauzier, Galavielle ; candidat : M. Maire. — Midi 1/2, 4e examen, examinateurs : MM. Hamelin, Bertin-Sans, Vires ; candidats : MM. Contencin, Nègre. — 10 heures, 5e examen, 1/2 partie, examinateurs : MM. Tédenat, Puech, de Rouville ; candidats : MM. Madercin, Rouslacroix, Lemaigneu.

Jeudi, 9 heures, 5e examen, 2e partie, examinateurs : MM. Grasset, Carrieu, Vedel ; candidats : MM. Darbousse, Masseguin, Sergueeff.— Midi 1/2, thèse, examinateurs : MM. Bertin-Sans, Imbert, Brousse, Galavielle ; candidat : M. Théron.

Vendredi, midi 1/2, thèse, examinateurs : MM. Mairet, Sarda, Galavielle, Vires ; candidat : M. Manahiloff. — Midi 1/2, thèse, examinateurs : MM. Hédon, Baumel, Rauzier, Mouret ; candidat : M. Aton. — Midi 1/2, thèse, examinateurs : MM. Forgue, Estor, de Rouville, Imbert ; candidat : M. Nicolieff.

Samedi, midi 1/2, 3e examen, 2e partie, examinateurs : MM. Ducamp, Bosc, Vedel ; candidats : MM. D. Delmas, Ed. Martin. — Midi 1/2, 4e examen, examinateurs : MM. Sarda, Bertin-Sans, Galavielle ; candidats : MM. Bordes, J. Blanc.

L'Éditeur-Gérant : P. DELORD-BOEHM.

Montpellier. — Imprimerie Delord-Boehm et Martial.

Digitized by Google

N° 9 1er MARS 1903. Tome XVI

MONTPELLIER MÉDICAL

Journal Hebdomadaire paraissant tous les Dimanches

BULLETIN

La Lutte antituberculeuse.

Les résolutions prises au Congrès de Toulouse viennent, dans ces deux premiers mois de l'année, de recevoir un commencement d'exécution. L'Université de Montpellier ne pouvait manquer de donner l'exemple dans le mouvement antituberculeux qui, maintenant, se dessine de toutes parts. Tout donnait à prévoir, après le chaud plaidoyer de M. le Recteur Benoist, à la séance solennelle de Rentrée des Facultés, en novembre dernier, que, du domaine spéculatif, on ne tarderait pas à passer aux actes. Comme ils y avaient été conviés, les Maîtres les plus éminents de notre École n'ont pas hésité à descendre dans l'arène pour semer la bonne parole dans un auditoire choisi, plus apte à s'assimiler et à diffuser ensuite dans les masses les notions de vulgarisation qui lui ont été si généreusement dispensées. Amis de l'Université, Maîtres et élèves de nos diverses Facultés, de nos Lycées de garçons et de jeunes filles, des Ecoles normales, instituteurs, institutrices, officiers, futurs prêtres, se pressaient en foule aux cinq conférences hebdomadaires, qui constituaient le cycle de l'enseignement projeté. Conférences si aimables d'ailleurs, si pleines de talent et d'attachant intérêt, que l'on se surprit à trouver chacune d'elles trop courte, à son gré, et que l'ensemble du programme parut trop rapidement épuisé.

Digitized by Google

La série des conférences dues à la généreuse initiative de M. le Recteur comprenait l'étude de l'agent tuberculigène, des terrains aptes à son développement, de la tuberculose infantile et des tuberculoses chirurgicales, pour se terminer par un aperçu des méthodes de prophylaxie et de traitement à opposer à la marche envahissante du fléau.

M. le Professeur Rodet s'était chargé de montrer le bacille de Koch à l'œuvre et de nous initier aux mystères de son existence ténébreuse. Il dénonça la multiplicité de ses voies de pénétration, soulignant les procédés successifs de défense opposés par l'organisme à la pénétration de l'ennemi : barrières épithéliales, phagocytose, action bactéricide des humeurs ; il montra les dévastations produites, émaillant sa leçon d'instructives projections ajoutant à l'intérêt si captivant de ses enseignements.

Dans la deuxième conférence, le Professeur Grasset démontra la nécessité d'un terrain propice offert au germe tuberculeux pour que la maladie pût se produire. Ayant indiqué les divers terrains dans lesquels le bacille peut se développer, le distingué conférencier fit entrevoir comment la seule résistance du terrain, favorisée par l'observation des principes de l'hygiène, pouvait s'opposer victorieusement à la tuberculose. Mais que de causes peuvent amoindrir cette résistance ! Surmenage intellectuel, surmenage physique, labeurs ou chagrins pénibles et répétés, froid, alcoolisme, agent redoutable qui dégénère la race et l'offre en proie à la terrible maladie. Notre défense tient toute dans notre volonté.

Le troisième vendredi fut consacré par le Professeur Baumel à l'étude de la tuberculose infantile.

L'hérédité n'est pas tout ; elle agit surtout en créant des terrains débiles. Mais l'organisme de l'enfant se défend admirablement ; ses moyens sont multipliés, suractivés dans leur efficacité ; malgré ce, l'enfance reste exposée à des con-

Digitized by Google

tagions multiples : allaitement mercenaire ou artificiel, nourrice tuberculeuse, lait provenant de vaches tuberculeuses, gastro-entérites infantiles, coqueluche, rougeole, rachitisme thoracique, lésions cutanées, croûtes de lait, eczémas de dentition, sont autant de dangers d'introduction du bacille. Propreté des mains et de la peau, propreté de la maison, de la crèche, de l'école, de l'atelier; air pur; lait stérilisé à défaut d'allaitement maternel, sont les moyens prophylactiques à opposer au mal.

M. le Professeur Forgue consacre la quatrième soirée aux tuberculoses chirurgicales, formes locales éminemment curables. Se basant sur les expériences de Max Schüller, il montre comment et pourquoi la tuberculose se localise sur tel ou tel point du squelette ; puis il fait suivre à son auditoire l'évolution du tubercule, s'attachant à convaincre que ces formes sont curables, surtout chez les enfants, surtout parce qu'elles restent très longtemps localisées. La guérison doit être poursuivie avec ténacité, parfois pendant des années, et s'obtient fréquemment, même au prix d'ankyloses salutaires, quoique gênantes. Soigner avec précaution les moindres traumatismes osseux ou articulaires, se méfier des douleurs attribuées à la croissance, exiger des malades une soumission et une patience parfaites. Semer enfin partout l'espoir de la guérison ; favoriser celle-ci par la multiplication des sanatoria maritimes.

La cinquième et dernière conférence échut à M. le Professeur Carrieu. Dans une causerie pleine de charme, où l'humour s'alliait aux choses graves, où de poétiques descriptions venaient rompre agréablement avec le cadre sombre du sujet, l'orateur enlève avec entrain la prophylaxie et le traitement de la tuberculose, d'après les méthodes les plus récentes.

A propos de l'éducation hygiénique, il lance ses auditeurs dans la guerre au crachat et à la poussière, qui contamine

Digitized by Google

partout, dans la maison, à l'école, à la caserne, dans les bureaux des administrations, dans les prisons, à l'hôpital, l'air que l'on respire. Aussi doit-on assurer un maximum d'air pur aux déshérités que leurs conditions sociales ont placés dans des milieux peu hygiéniques : hôpitaux marins, œuvre des enfants à la montagne, colonies scolaires, sont des tentatives qui ont fourni des résultats remarquables pour le maintien de la santé des enfants.

Mais l'hygiène n'est pas suffisante en face de la maladie déclarée. Ici, la société doit intervenir pour permettre au tuberculeux pauvre de pouvoir se soigner. Le dispensaire où il ira chercher ses remèdes, où il recevra des secours en nature pour que ni lui ni, les siens, ne souffrent trop de l'interruption forcée de son travail ; le sanatorium qui a donné de si beaux résultats économiques aux Allemands, où il ira demander sa guérison à l'air pur, au repos, à la suralimentation, et que des projections nous rendent vivant, avec sa galerie de cure, sa chambre propre de malade ; l'asile-hôpital pour les infirmes, qui ne peuvent plus espérer une guérison par les moyens précédents, sont successivement passés en revue, avec le criterium fourni par les résultats obtenus. Tels sont nos moyens de lutte ; cette lutte ne doit pas être individuelle, isolée ; elle doit être générale et nationale.

Telles furent, résumées de façon bien informe, ces réunions dues à une pensée généreuse qui, sans nul doute, ne tardera pas à porter ses fruits.

Digitized by Google

LE
SÉRO-DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE
REVUE GÉNÉRALE ET NOUVELLE STATISTIQUE

Par le Dr **A. LAGRIFFOUL**

Chef des Travaux de Microbiologie à la Faculté de Médecine
Ancien Chef de Clinique médicale, Licencié ès Sciences naturelles

(*Suite et fin.*— Voir nos 1, 4, 5, 7 et 8, pag. 1, 92, 126, 164 et 198)

Conclusions

Si, dans la pratique du séro-diagnostic d'Arloing-Courmont, on veut obtenir des résultats comparables entre eux, une technique rigoureuse doit être suivie, principalement en ce qui concerne l'agglutinabilité des cultures. L'emploi d'un sérum étalon paraît être le meilleur moyen d'éviter toute cause d'erreur provenant de ce fait.

Les cultures riches, *convenablement diluées*, sont celles qui se prêtent le mieux et de beaucoup à l'observation du phénomène de l'agglutination.

Les cultures homogènes de bacilles de Koch sont agglutinées par le sérum ou les sérosités des sujets tuberculeux ou tuberculisés. Le fait est absolument général. On l'observe aussi bien chez les animaux que chez l'homme, chez les jeunes (quoiqu'en général avec une moindre intensité) et chez les adultes, dans les diverses formes de tuberculose : tuberculoses pulmonaires, épanchements des diverses séreuses (avec une restriction pour les épanchements méningés), tuberculoses chirurgicales.

Digitized by Google

Le séro-diagnostic est, en général, d'autant plus positif que la maladie est moins avancée; on peut le voir faire défaut dans les tuberculoses cachectiques.

En raison de l'importance même de ce procédé d'investigation qui peut rendre de si grands services dans l'établissement, parfois bien difficile, d'un diagnostic précoce de tuberculose, certains points particuliers appellent encore, croyons-nous, de nouvelles recherches. Le pouvoir agglutinant dans l'immense majorité des cas, des humeurs des tuberculeux sur les cultures homogènes de bacilles de Koch (les cas négatifs se rapportant le plus souvent à des formes cachectiques) ne saurait actuellement faire de doute pour personne. Ce n'est donc pas tant chez les tuberculeux qu'en dehors d'eux qu'il faut maintenant expérimenter. Hawthorn a signalé que les injections de sublimé pouvaient faire acquérir au sérum sanguin la propriété d'agglutiner les cultures homogènes de bacilles de Koch. Nous-même avons constaté la fréquence vraiment considérable des résultats positifs dans les cas de dothienentérie. Peut-on donc rencontrer l'agglutination du bacille de Koch en dehors de la tuberculose, dans quels cas alors, et surtout *dans quelles limites?* Telles sont les questions qu'il nous paraît bon d'étudier plus en détail.

Bibliographie

S. Arloing. — Congr. de méd. interne, Montpellier 1898.

— Acad. des sciences. 9, 16 et 31 mai 1898.

— Congrès de Médecine, Paris 1900.

— Séro-diagnostic de la tuberculose sur les animaux d'espèce bovine (Journ. de méd. vétérinaire et de zootechnie de l'école vétérinaire de Lyon, sept. 1900).

S. Arloing et Paul Courmont. — De l'obtention des cultures de bacilles de Koch, les plus propices à l'étude du phéno-

Digitized by Google

mène de l'agglutination par le sérum sanguin des tuberculeux (Acad. des Sciences, 19 sept. 1898).

Recherche et valeur clinique de l'agglutination du bacille de Koch (Acad. des Sciences, sept. 1898; Congrès pour l'étude de la tuberculose, Paris 1898). Séro-diagnostic de la tuberculose (Congrès de Berlin, mai 1899).

L'agglutination du bacille de Koch. Séro-diagnostic (Zeitschrift für Tubercul. und Heilstœttenwes 1900, Band I, Heft 1).

Des causes qui modifient le pouvoir agglutinant dans le sang des sujets expérimentalement tuberculeux (Journ. de physiol. et patholog. génér. 1900, n° 1)

Influence chez le chien d'une inoculation de bacilles de Koch très virulents sur le pouvoir agglutinant (Soc. de biologie 1900).

Sur la valeur de la séro-réaction pour le diagnostic précoce de la tuberculose (Presse médicale, 1er sept. 1900, et Deutsche med. Wochenschr. nov. 1900, Band 48).

Le séro-diagnostic de la tuberculose, Revue générale (Gazette des hôpitaux, 1er déc. 1900).

Sur le séro-diagnostic de la tuberculose, technique et résultats (Congrès pour l'étude de la tuberculose, Londres, juillet 1901 et Province médicale, 31 août 1901. Province médicale, 7 mai 1902).

Max Beck. — Deutsch, med. Wochenschrift, 2 mars 1898.

Beck et Rabinowitch. — Deutsche med. Wochensch, 1900 n° 25 et Zeitsch für Hygiene und infections, Band 37, 1901.

Bendix. — Deutsch med. Wochenschr., 5 avril 1900.

Buard. — Journ. de Phys. et de Pathol. générale, sept. 1900.

— Gaz. hebdomadaire des sc. méd. de Bordeaux, sept. 1900.

— Thèse de Bordeaux 1900.

Carrière. — Soc. de biol., 6 juillet 1901.

Paul Courmont. — Société de biol. 28 mai 1898.

— Presse médicale, 11 juin 1898.

— Congrès de la tuberculose, Paris 1898.

— Arch. de méd. expérimentale, nov. 1900.

— Soc. de biol., nov. 1900.

— Soc. des hôpitaux de Lyon, Mars 1902.

Clément. — Thèse de Lyon. 1900.

Donath. — Ctbtt Bact. t. 31, 8 janvier, 1902.

Digitized by Google

DUBARD. — Congrès de la tuberculose, Paris 1898.
FEITU. — Thèse de Lyon, 1900.
FICKER. — Zeitschrift für Tuberkulose. B. I., Heft 4.
FRŒNKEL. — Hygienischer Rùndschaù, 10 juillet 1900.
DE GRAZIA. — Berlin. Klin. Wochs. 17 et 24 mars 1902.
HAWTHORN. — Réunion biologique de Marseille, mai 1902.
— C. R. Soc. biol., 6 juin 1902.
— Marseille médical, 15 août, 1er sept. et 1er oct. 1902.
HORCYCKA. — Hygienisches Rundschau, 1900, n° 22.
IVANOW. — Sem. médic. 1902, 25.
KOCH. — Deuts. med. Wochs., 28 nov. 1901.
KNOPF. — Journ. of the Amer. Med. Assoc., déc. 1899.
MONGOUR. — Rapport à la réunion médico-chirurgicale des hôpitaux de Bordeaux 1899.
MONGOUR et BUARD. — Soc. de biol. 10 déc. 1898, 7 juin et 17 juillet 1899.
— — Journal de Méd. de Bordeaux, 17 déc. 1898, 9 juill. 1899.
MONMAYOU. — Thèse de Bordeaux 1901.
MOSNY. — Congrès de Paris, 1900.
NEISSER. — Wiener med. Wochenschrift, 1900, nos 48-49.
ROMBERG. — Deutsche Med. Wochenschrift, 1901, nos 18-19.
ROTHAMEL. — Thèse de Bordeaux, nov. 1899.
RUMPL et GUINARD. — Deutsch med. Woch. 20 févr. 1902.

Digitized by Google

AX-LES-THERMES

SES SOURCES MINÉRALES, SA THÉRAPEUTIQUE

PAR

Les **Docteurs V. AUPHAN**, ancien médecin-inspecteur et **G. Bouchet**, médecins consultants à Ax-les-Thermes.

(*Suite.* — Voir nº 49, (7 décembre 1902), pag. 1209).

Action Générale des Eaux sur l'Organisme sain ou malade

Cette description rapide de nos quatre établissements suffit à donner une idée de l'importance de notre station et de l'avenir brillant auquel elle est appelée. Plus exacte et plus complète sera encore cette idée quand nous aurons examiné les effets physiologiques généraux et l'action thérapeutique de nos diverses sources thermales. Pour cette étude d'ensemble, il est indispensable de diviser les sources d'Ax en deux groupes absolument distincts.

Le premier groupe comprend les *sources sulfureuses* proprement dites, c'est-à-dire celles dans lesquelles le sulfure de sodium non décomposé joue un rôle thérapeutique important; le second est constitué par celles dont le principe sulfureux a subi des transformations plus ou moins profondes : ce sont les *sources sulfureuses dégénérées*.

A. — Action Physiologique.

1° *Sources sulfureuses proprement dites.* — L'excitation est leur mode principal ; elles raniment et excitent l'organisme, déterminent une suractivité remarquable de toutes

Digitized by Google

les fonctions, variable suivant la constitution, le tempérament et l'état de santé ou de maladie.

Les centres nerveux sont exaltés, le patient a de l'agitation, de l'insomnie, des rêves pénibles ; il souffre quelquefois même d'une céphalalgie plus ou moins marquée, premier effet qui disparaîtra rapidement.

La circulation reçoit un surcroît d'activité se traduisant par un appareil fébrile plus ou moins intense. D'autres fois, si la médication est hypo ou mezzo-thermale, il y a, au contraire, ralentissement des battements du cœur et tendance au sommeil et au repos.

La respiration plus fréquente et un peu gênée, les premiers jours, par suite d'un état particulier de sub-irritation de la muqueuse rhino-pharyngienne, devient plus facile, plus ample et plus profonde.

Les fonctions digestives sont très diversement influencées; le plus souvent, l'appétit devient plus vif, les digestions sont plus faciles.

Quelquefois, quand il existe antérieurement un peu d'embarras gastrique, il faut immédiatement suspendre l'usage de l'eau sulfureuse et prescrire un émétique ou une purgation pour éviter les mouvements congestifs des viscères abdominaux et faire cesser tout embarras bilieux.

Les fonctions urinaires paraissent activées par quelques-unes de nos sources.

L'utérus reçoit aussi une stimulation plus ou moins énergique. — La leucorrhée, quand elle existe, augmente durant les premiers jours pour diminuer ensuite et disparaître souvent.

C'est surtout sur l'appareil cutané que les sources sulfureuses d'Ax semblent concentrer leur action ; en effet, les vaisseaux capillaires superficiels se congestionnent, la transpiration devient très abondante et la peau est souvent le siège d'éruptions diverses évidemment déterminées par le traitement hydro-thermal.

Digitized by Google

Après un laps de temps variant de 5 à 8 jours, toute cette excitation se calme peu à peu pour faire place à des phénomènes tout différents. — Ainsi le sommeil devient calme et réparateur, le pouls se ralentit et s'abaisse souvent au-dessous du rythme habituel, les digestions se régularisent et les fonctions de la peau deviennent normales. Le baigneur éprouve alors un double sentiment de vigueur et de calme qui lui procure un bien être indéfinissable.

En résumé : d'abord *excitation générale*, en second lieu effet *toni-sédatif*; tel est toujours le double mode d'action de nos sources sulfureuses.

Cette double action se manifeste plus ou moins, suivant la qualité des sources employées et surtout suivant la manière dont la cure a été conduite;

2° *Sources sulfureuses dégénérées.* — Leur mode d'activité offre un contraste évident avec l'effet excitant des eaux sulfureuses franches.

Elles sont sédatives, tempérantes et dépuratives. Elles servent quelquefois à calmer l'excitation sulfureuse trop vive. Sous leur influence les urines augmentent en quantité et en densité; ce qui explique leur effet dépuratif [1]. Enfin, comme nous le verrons plus tard, leur action médicale se spécialise davantage.

Quelques sections de bains exercent sur l'organisme une sorte d'action électro-magnétique se traduisant par des phénomènes particuliers d'une intensité variable suivant la source employée et suivant aussi la complexion plus ou moins nerveuse du sujet.

[1] D'ailleurs une série d'expériences nous a permis d'établir :

1° Que dans des urines d'abord normales, la quantité d'urée rendue en 24 heures augmente notablement;

2° Chez beaucoup d'arthritiques, la proportion d'acide urique rendue dans les premiers jours est très considérable. Ainsi, chez une dame arthritique, l'urine a marqué 1072 à l'uromètre; la quantité d'urée a atteint le chiffre de 30 gr. par litre et la proportion d'acide urique, très rigoureusement dosée, s'est élevée à 2 gr. 15,

Digitized by Google

Ces phénomènes sont les suivants (pour un bain à thermalité moyenne, 34°-35°) ; après quelques instants de séjour dans l'eau, 3 à 5 minutes environ, le patient éprouve, sur divers points du corps, tantôt des picotements plus ou moins intenses, tantôt des douleurs myalgiques ou arthralgiques, quelquefois même des contractures de certains muscles ou de certains groupes de muscles ; ces contractures très passagères se prolongent rarement après le bain. Malgré tous ces phénomènes, le malade se sent, à la suite du bain, à la fois plus fort, plus léger et plus dispos ; c'est même le seul fait durable.

B. — Action Thérapeutique ou effets de la médication sulfureuse appliquée au traitement des maladies chroniques.

Le premier effet de la médication sulfureuse est de produire une exaltation spéciale, une sorte d'aggravation du mal qu'il s'agit de traiter. Cette excitation, autrefois insuffisamment observée, a fait croire que la maladie chronique était d'abord ramenée à l'état aigu par l'action première de la cure qui, en se continuant, déterminait secondairement une sédation progressive bientôt suivie de guérison. Mais une observation attentive a fait justice de cette manière de voir et la suractivité fonctionnelle, imprimée par la médication thermale à tout l'organisme, explique bien la nature des phénomènes dont nous allons parler.

Dès les premiers jours du traitement, le rhumatisant constate une augmentation réelle des douleurs ; mais, en même temps, il éprouve plus de facilité dans les mouvements et observe une diminution notable de la tuméfaction ; si le rhumatisant est exempt, au moment de la cure thermale, de toute souffrance, il s'apercevra, dès les premiers bains, de l'apparition des douleurs dans la plupart des points autrefois affectés ; mais ces douleurs, ne gênant pas sensiblement

Digitized by Google

les mouvements et ne déterminant pas d'engorgement articulaire bien apparent, laissent le patient sans inquiétude sérieuse, puisqu'elles tendent très rapidement à disparaître par la continuation du traitement.

Même phénomène d'excitation dans l'affection dartreuse invétérée, la surface affectée s'anime, la sécrétion est quelquefois augmentée ; la peau qui entoure le mal s'assouplit, se décongestionne et témoigne ainsi d'une guérison prochaine.

C'est ce qui se passe dans les cas de tumeurs blanches suppurées, d'abcès ossifluents, de vieux trajets fistuleux à parois dures et calleuses. La suppuration devient plus abondante, mais elle change de nature et prend une teinte légèrement rosée ; la tumeur diminue, le membre où siège le mal devient moins lourd ; on voit qu'il se produit sur le mal lui-même et tout autour de lui un effet résolutif très marqué. En un mot, il n'y a plus de stase humorale et les tissus tendent à reprendre leur consistance et leur élasticité normales.

C'est encore par le même mécanisme que les eaux sulfureuses agissent dans les maladies de la gorge, des bronches et de la poitrine ; ainsi l'expectoration, d'abord accrue, devient ensuite plus rare, plus fluide et plus aérée ; la toux devient moins fréquente et plus facile ; enfin, le malade éprouve, après quelques jours d'usage des eaux, moins d'oppression et une plus grande liberté dans la respiration.

Certaines de nos buvettes semblent avoir une action élective sur l'appareil pulmonaire, malade, et si quelques-unes d'entr'elles peuvent être utilisées sans beaucoup de précaution, l'emploi intempestif de quelques autres pourrait déterminer des congestions actives des poumons, des *raptus* sanguins plus ou moins violents et, par suite, des hémoptysies plus ou moins dangereuses.

Ces accidents ne sont point à redouter quand on administre l'eau en boisson avec toute la prudence voulue et surtout

Digitized by Google

si l'on y joint un traitement thermal externe convenablement dirigé.

Nos bains silicatés et hyposulfités, sulfureux ou non, pourvu qu'ils soient administrés à une température égale ou inférieure à 35°, produisent sur la circulation un ralentissement plus ou moins considérable, surtout lorsque leur action est aidée par celle des buvettes alcalines.

S'il y a arythmie avec hypertension artérielle, les battemente du cœur se régularisent, et l'hypertension s'atténue sous l'influence des bains tempérés silicatés et hyposulfités. Les bains sulfureux forts à basse température conviennent au contraire dans les cas d'hypotension.

Les maladies des organes génito-urinaires subissent encore des influences analogues. Dans la cystite, dans le catarrhe de la vessie, la diurèse est augmentée et les besoins deviennent cependant moins fréquents.

Dans les affections utérines, si d'une part la leucorrhée augmente au début pour disparaître ensuite, d'autre part, l'engorgement du col ou du parenchyme utérin tend à diminuer et la femme éprouve promptement un état de bien être manifeste, dû certainement à l'effet résolutif produit sur les organes malades.

Nous en avons dit assez pour que le médecin puisse se rendre compte de la manière dont s'opère la cure et pour que le malade ne soit pas préoccupé par l'apparition de ces accidents pseudo-inflammatoires, indices certains d'une guérison ou du moins d'une amélioration ultérieure.

De quelques Effets immédiats et consécutifs produits par la Cure Thermale.

Avant d'aborder la thérapeutique proprement dite de nos eaux, nous devons signaler l'existence de certains effets ou phénomènes morbides consécutifs assez fréquents, évidem-

Digitized by Google

ment provoqués par la cure thermale. Ces phénomènes sont de deux ordres : les premiers, n'ayant aucune analogie avec la maladie principale, se produisent généralement dans les derniers jours du traitement ou très peu de jours après le départ ; ils consistent en éruptions cutanées de formes très variées (urticaires, éruptions furonculeuses, éruptions vésiculeuses, et miliaires, etc.). Ces éruptions thermales n'ont aucune importance au point de vue des résultats ultérieurs et s'observent surtout quand le traitement hyperthermal a été violemment dirigé du côté de la peau.

Les autres phénomènes consécutifs, qui sont loin d'être constants, sont pourtant moins rares que les précédents ; ils se montrent surtout quelques jours après la cure et consistent dans la reproduction de la maladie dont on était venu chercher la guérison. Ainsi le rhumatisant, de retour chez lui, éprouve soit sur les articulations, soit sur les points où le rhumatisme s'était primitivement fixé, une poussée douloureuse, sorte de crise spéciale qui dure quelques jours, disparaît sans remède et fait place à un état de bien-être plus ou moins prolongé.

Ainsi l'herpétique voit après coup la maladie de peau reparaître avec une intensité quelquefois assez grande, puis s'améliorer et disparaître pour rester silencieuse plusieurs mois, quelquefois plusieurs années.

Dans quelques cas heureusement très rares d'arthrites monoarticulaires rebelles ou encore dans certaines formes chroniques de lumbago ou de névralgie sciatique, il survient, quelque temps après le retour des eaux, une crise d'autant plus violente et prolongée que le traitement local a été plus vigoureusement appliqué.

Ces sortes de poussées morbides, qui sont comme un effort tenté par l'organisme pour rejeter le mal au dehors, indiquent, selon nous, que la maladie n'est point complètement chassée ou neutralisée et qu'un nouveau traitement est nécessaire pour l'année suivante.

Digitized by Google

On comprend, en effet, que si l'organisme était complétement débarrassé, aucun retour des symptômes primitifs ne pourrait avoir lieu.

Thérapeutique Spéciale.

En outre de leur action commune, les diverses sections de bains qui composent la station ont chacune une action spéciale et conviennent chacune plus particulièrement au traitement de certaines maladies ou de certaines périodes de la même maladie.

Ce sont ces vertus thérapeutiques spéciales que nous allons nous efforcer de mettre en lumière. La possibilité d'administrer les bains à toutes les températures sans que la constitution chimique en soit modifiée a permis d'élargir le cadre déjà si vaste des affections soulagées et guéries par nos eaux. Aujourd'hui mieux qu'autrefois, elles peuvent être appliquées à la cure de l'arthritisme et de toutes ses manifestations, au traitement du rhumatisme, de la scrofule, de l'herpétisme, des affections catarrhales ou subinflammatoires de la gorge, des bronches, de la poitrine, des maladies de l'utérus et de ses annexes, etc...

De plus, certaines sources s'appliquent plus spécialement au traitement des traumatismes et des affections syphilitiques anciennes.

§ I. — *Arthritisme.*

Les eaux minérales les plus diverses sont préconisées contre l'arthritisme. Il n'y a là rien qui doive surprendre, parce que l'arthritisme ne constitue pas une entité morbide: c'est une sorte de manière d'être spéciale de l'organisme, due surtout aux troubles déterminés par l'hypernutrition et

Digitized by Google

le ralentissement des échanges[1] et par conséquent à la présence dans les tissus de nombreux déchets gênant le libre jeu des organes et des appareils.

Suivant sa constitution, son âge, son sexe, son genre de vie, ses habitudes professionnelles, suivant aussi le climat du pays qu'il habite, l'arthritique peut avoir les manifestations morbides les plus variées, les plus contradictoires. Cependant le médecin ne s'y trompe point, et reconnaît facilement l'origine hypernutritive de la maladie. Cela explique pourquoi toutes ou presque toutes les eaux minérales peuvent revendiquer la cure de cet état particulier. Mais il s'en faut qu'elles aient toutes la même valeur curative, parce que chacune d'elles se spécialise plus ou moins, ne s'adresse le plus souvent qu'à un organe ou à un groupe d'organes malades, parce qu'aussi, suivant leur mode d'action plus ou moins énergique, plus ou moins excitant, elles disconviennent à certains tempéraments.

L'acidité étant la règle chez l'arthritique, les eaux bicar-

[1] M. le professeur Maurel a, d'après nous, démontré que l'arthritisme est dû à l'accumulation des produits de combustion incomplète, autrement dit à l'excès de substances assimilées et non comburées ; cet état particulier est donc dû à la surnutrition. M. Maurel divise en deux groupes les manifestations de nature arthritique : les unes (diabète, albuminurie, hypersécrétions muqueuses et cutanées, sont plutôt des moyens de défense qu'emploie l'organisme, qui favorisent l'élimination des substances assimilées avant même qu'elles ne soient utilisées. Mais après avoir permis à l'organisme de résister, ces moyens de défense lui deviennent fatals dans quelque temps. Restent ensuite, comme manifestations propres, les diverses lithiases et les scléroses vasculaires, viscérales et autres. M. Maurel accorde peu d'influence aux traitements médicaux, à l'exercice musculaire, et conclut que le meilleur moyen de combattre l'arthritisme et ses effets consiste dans la réglementation stricte de l'alimentation.

Nous sommes heureux de partager dans leur ensemble les idées de notre éminent confrère, et tout en admettant l'absolue nécessité d'une alimentation bien réglementée, nous croyons surtout, en ce qui concerne la sclérose, la remarquable efficacité des eaux sulfurées et silicatées sodiques d'Ax. L'angio-sclérose notamment rétrocède assez facilement par une cure bien conduite, quand elle n'est pas très avancée, et, en tous cas, est arrêtée dans ses progrès.

Digitized by Google

bonatées sodiques, alcalines, ont de tout temps été préconisées dans ce genre d'affections.

Outre qu'elles favorisent la rapidité des échanges, elles produisent une sorte d'alcalinisation générale qui, surtout pendant les premiers jours, donne lieu à une amélioration évidente, mais peu profonde et peu durable. Mais si l'on en continue l'emploi, cette alcalinisation trop rapide engendre une sorte d'état spécial qui déprime et affaiblit l'organisme.

Les eaux alcalines silicatées et hyposulfitées favorisent aussi les échanges : elles alcalinisent le sang, mais d'une façon toute différente, et, même après un usage très prolongé, l'organisme n'éprouve aucune dépression sensible. La fluidité du sang est accrue, en même temps qu'est augmentée la vitalité générale. En un mot, tout l'organisme a reçu un surcroit de vigueur qui augmente sa résistance aux agents extérieurs et facilite les phénomènes de phagocytose.

Les eaux d'Ax, sulfurées et silicatées sodiques alcalines conviennent donc à toutes les manifestations de l'arthritisme quelque diverses qu'elles soient, à cause de la diversité des sources et la multiplicité des aménagements thermaux. Il faut se souvenir que nos eaux sont diurétiques, dépuratives altérantes, résolutives : donc elles font disparaître promptement tous les déchets qui encombrent nos tissus et surtout le tissu conjonctif, plus particulièrement atteint par les phénomènes de surnutrition.

L'arthritisme ne constituant pas une maladie spéciale, mais plutôt une manière d'être, nous ne saurions indiquer ici les divers traitements à suivre. En nous occupant du rhumatisme, de la goutte, de certaines affections de l'appareil pulmonaire, des maladies du cœur et des scléroses diverses des vaisseaux sanguins, des affections abdominales et autres affections reconnaissant cette origine, nous aurons l'occasion d'en reparler. *(A suivre).*

Digitized by Google

LE MOIS MÉDICAL

Les additions à la liste des maladies épidémiques à déclaration obligatoire et la proposition d'une catégorie de maladies à déclaration facultative ; un rapport sur les essences reconnues dangereuses, dont la fabrication et la vente doivent être proscrites ou réglementées ; la recherche du bacille de Koch dans le sang et les autres liquides coagulables de l'économie, sont les trois faits les plus marquants de janvier 1903.

L'**Académie de Médecine** (14 et 20 janvier), après lecture d'un rapport de M. Josias et après discussion, vote la liste suivante :

Maladies à déclaration obligatoire : fièvre typhoïde, typhus exanthématique, variole et varioloïde, scarlatine, rougeole, diphtérie, suette miliaire, choléra et maladies cholériformes, peste, fièvre jaune, dysenterie ; infections puerpérales, lorsque le secret au sujet de la grossesse n'aura pas été réclamé ; ophtalmie des nouveau-nés, avec la même restriction que ci-dessus ; méningite cérébro-spinale épidémique.

Maladies à déclaration facultative : tuberculose pulmonaire, coqueluche, grippe, pneumonie et broncho-pneumonie, érysipèle, oreillons, lèpre, teignes, conjectivites purulentes et ophtalmie granuleuse.

La tuberculose reste dans la seconde catégorie, car il paraît difficile d'imposer à un tuberculeux chronique et à son entourage une séance de désinfection domiciliaire tous les quinze jours, pendant des années.

M. Laborde porte hardiment le fer rouge dans la plaie sociale par excellence, l'alcoolisme. Consulté sur les mesures à prendre pour la réglementation des essences naturelles et artificielles entrant dans la composition des liqueurs livrées à la consommation, il a prononcé (Acad. de méd., 27 janvier) la *proscription absolue* concernant : grande et petite absinthe, genepi (ô Pernod !), hysope, badiane, angusture (fini le cocktail), reine des prés, wintergreen et gaultheria, noyaux et amandes amères (même le kirsch !), rue ; la *tolérance* avec réglementation pour : menthe, sauge, mélisse, thym, anis, cumin, genièvre, aloës, girofle, colombo, arnica,

Digitized by Google

santal, etc. C'est le retour aux vieilles liqueurs de famille, à formules savamment composées par nos grand'mères ; mais la plaisanterie n'est-elle pas mauvaise, de tolérer que l'on offre à ses amis la dégustation précieuse d'un petit verre d'aloës ou de teinture d'arnica !

A. Jousset (Soc. Méd. des Hôpitaux, 9 janvier) communique un procédé nouveau de recherche du bacille de Koch dans les humeurs de l'organisme. Il le décrit sous le nom d'*inoscopie*. Les liquides tuberculigènes (pleurésie, péritonites, etc.) sont fibrineux et spontanément coagulables ; Jousset recherche le bacille de Koch dans le coagulum fibrineux né dans la masse de ces liquides. Ce coagulum a enserré dans ses mailles la presque totalité des bacilles en suspension dans les liquides. Pour rechercher le bacille de Koch dans ce caillot fibrineux (d'où le nom d'inoscopie, examen de la fibrine), on n'a qu'à provoquer, par une digestion dans un suc gastrique artificiel légèrement fluoré, la dissolution de la fibrine. On centrifuge, et le culot, examiné par les méthodes habituelles, montre la présence en quantités plus ou moins considérables du bacille de Koch.

Sur 23 épanchements pleurétiques examinés de la sorte, Jousset a retrouvé 23 fois le bacille de Koch.

Besançon, Griffon et Philibert (Soc. Biol. 10 janv.) ont indiqué un procédé analogue de recherche du bacille dans le sang par homogénisation du caillot au moyen d'une lessive de soude.

Ces procédés fort intéressants vont éclairer d'un jour nouveau l'étude pathogénique des épanchements des diverses séreuses et permettre de contrôler les résultats fournis par l'étude des formules leucocytaires.

Netter (Soc. Méd. des Hôpitaux, 16 janv.) apporte les résultats fournis par l'emploi de l'argent colloïdal dans plus de 130 observations de maladies infectieuses diverses. Il s'est borné à l'emploi des frictions (1-3 grammes de pommade au 1/15 et des injections intra-veineuses (3-10 cent. cubes d'une solution à 1 %). L'action du médicament se manifeste essentiellement par des modifications profondes et rapides de l'état général, par la chute régulière de la température, par la diminution de la durée de la maladie, une convalescence plus courte, des complications plus rares.

Digitized by Google

A la même Société (23 janv.), Labadie Lagrave et Rollin, indiquent les bons effets qu'ils ont obtenus dans le traitement des gommes syphilitiques par des injections locales d'iodure de potassium à faible dose (0 gr. 05 dans 2 cc. d'eau).

A l'Académie de Médecine (13 janv.), Laveran, s'appuyant sur des observations de Patrick Manson, maltraite fort l'arrhénal, qu'il avait précédemment attaqué. Naturellement, Gautier le défend mordicus.

A mentionner encore quelques communications intéressantes faites à l'Académie des Sciences, à la Société de Biologie, à la Société de Neurologie.

A l'Académie des Sciences (5 janv.) M. Kuliako cite des observations remarquables de reviviscence du cœur humain séparé du corps, avec rappel des battements trente heures après la mort, par circulation artificielle avec le liquide de Locke (solution saline contenant les éléments minéraux du sang avec addition d'une faible quantité de dextrose) chaud et saturé d'oxygène.

MM. Opin et le Sourd (Soc. de Biol. 10 janvier) ont trouvé, chez plusieurs malades atteints de syphilis oculaire avec névrite optique, une lymphocytose abondante du liquide céphalo-rachidien, éclairant le pronostic si grave de ces névrites, souvent suivies à brève échéance de syphilis cérébrale.

A la Société de Neurologie enfin (15 janvier), autopsie d'un géant acromégalique et diabétique (Launois et Roy), nouveau procédé de Babinski pour faire apparaître l'épilepsie spinale quand elle est latente); autopsie d'un saturnin avec paralysie récidivante montrant une poliomyélite subaiguë (Philippe et de Gothard) et communication de Pierre Marie et Guillain sur la pathogénie du tabes, ces auteurs admettant que le tabes n'est autre chose qu'une altération syphilitique du système lymphatique postérieur de la moëlle.

Digitized by Google

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

Séance du 6 Février 1903

Présidence de M. Guérin, en l'absence de M. Forgue, qui s'excuse par lettre.

Etaient présents : MM. Hédon, Estor, Rodet, Brousse, Puech, Vedel, Abadie, Ardin Delteil, Reynès, Lagriffoul, Gaussel, Maystre, Pagès.

Présentation de pièces de deux cancers viscéraux

(Service de M. le Professeur Carriel)

Par MM. Ardin-Delteil et Pagès.

Observation première. — *Carcinose hépato-rénale et pulmonaire, secondaire à une minuscule ulcération pylorique. — Tolérance et latence prolongées. — Evolution néoplasique rapide. — Ictère grave terminal.*

Cette observation est relative à un homme de 57 ans qui, jusqu'en septembre dernier, a présenté les apparences d'une bonne santé, quoique un peu neurasthénique. A cette époque, il se plaint d'un *embarras gastrique*, avec perte de l'appétit et quelques vomissements, mais continue de travailler jusqu'à la fin de décembre.

Le 25 décembre, profond abattement, asthénie, hyposystolie. Le malade s'alite. Léger œdème malléolaire, signes de dilatation du cœur foie volumineux, indolore. Pas d'ictère.

Peu à peu, à mesure que l'adynamie, la prostration et l'indifférence du malade augmentent, apparaît une teinte subictérique des téguments et des conjonctives, et le volume du foie semble s'accroître assez rapidement. L'appétit est conservé ; le malade se plaint amèrement du régime lacté qu'on lui impose ; il supplie qu'on lui donne quelque nourriture et réclame surtout de la viande.

Vers le 10 janvier, la masse hépatique, indolore, à surface bosselée, descend jusqu'à l'ombilic, s'étend jusque dans l'hypochondre gauche et le flanc droit. Légère ascite. Au teint subictérique se mélange une teinte jaune paille non douteuse.

Digitized by Google

Les matières fécales sont peu colorées (régime lacté).

Cependant, il n'y a pas ictère par obstruction. Les urines ne contiennent que de l'urobiline, mais pas de pigments biliaires normaux.

A ce moment apparaissent des signes manifestes d'ictère grave, oligurie, albuminurie, hémorragies, langue de perroquet, soif inextinguible, acholie pigmentaire. Les urines varient de 250 à 800 centimètres cubes par 24 heures, contenant encore 20 grammes d'urée par litre. Pas de glucosurie alimentaire.

Peu à peu, le collapsus augmente et le malade meurt le 5 février, quarante jours après le début apparent des accidents.

A l'autopsie, on trouve :

Péritoine. — Légère ascite non hémorragique. Dans le mésentère semis de petits ganglions.

Foie. — Enorme, à surface irrégulière, mamelonnée, bosselée. Il occupe les deux tiers de la cavité abdominale. Son poids est de 5,140 grammes. La vésicule, affaissée, contient un calcul de cholestérine, mou et léger. Les voies biliaires extra-hépatiques sont intactes, pas de ganglions.

A la coupe, magnifique cancer nodulaire, dont les noyaux, répandus à profusion, ont fragmenté, dissocié et refoulé le parenchyme hépatique dont on retrouve, vers la périphérie, et aussi dans les parties plus centrales, quelques travées d'apparence intacte.

Rein gauche.— Offre la grosseur d'une tête d'enfant. Il pèse 1,520 grammes. Sa surface est marronée. Consistance molle. A la coupe, cancer nodulaire, formé d'un grand nombre de noyaux très mous, étroitement accolés les uns contre les autres, jaunâtres à la périphérie, d'un gris rosé au centre. De gros plexus veineux, gorgés de sang noirâtre, parcourent à profusion cette masse, où l'on ne reconnait plus rien de la structure normale du rein. Le bassinet est comblé par les masses néoplasiques et a disparu au milieu d'elles.

Rein droit. — Augmenté de volume. Pèse 250 grammes. Il a subi une évidente hypertrophie compensatrice. La capsule s'enlève facilement. La coupe ne décèle aucune particularité.

Poumon. — Les deux poumons, atteints de congestion passive dans leurs parties déclives, ont leur surface parsemée de bourgeons cancéreux en saillie, pénétrant comme des cônes dans le parenchyme pulmonaire. Ils sont jaunâtres, durs, et leur grosseur varie de celle d'une noisette à celle d'une noix.

Ganglions médiastinaux augmentés de volume.

Digitized by Google

Estomac. — Nettement biloculaire, étranglé en son milieu, par une cravate qui sépare la grosse de la petite tubérosité.

La cavité stomacale est remplie de sang noir et liquide. La muqueuse est congestionnée, ecchymotique par places. Au niveau du pylore, une petite ulcération grande comme une pièce de 50 centimes, reposant sur une base légèrement indurée, véritable chancre cancéreux, et point de départ probable de la remarquable et rapide prolifération constatée dans les autres viscères.

Rate. — Normale.

Pancréas. — Un peu dur et comme scléreux, mais sans lésions macroscopiquement appréciables. Rien du côté de l'ampoule de Vater.

Cette observation, *résumée*, se fait remarquer, en dehors du volume exceptionnel du foie et du rein cancéreux, par la généralisation des lésions viscérales, qui paraît avoir suivi une marche rapide, et qui contraste, par son étendue, avec le silence clinique observé par la maladie. Certainement de telles lésions, celles surtout du foie, ont mis plus de quarante jours pour acquérir un pareil développement; l'hépatomégalie avait frappé dès les premiers jours de l'alitement. Et cependant, cette lésion hépatique énorme était pour ainsi dire restée absolument silencieuse, ainsi, du reste, que la lésion rénale et la lésion gastrique ; à peine quelques signes d'embarras gastrique survenus pendant quelques jours, et un syndrome accentué de neurasthénie furent notés dans les mois où cependant s'accomplissait sourdement le travail d'édification néoplasique. Pas d'anorexie élective pour la viande ; pas de douleurs ; syndrome d'insuffisance hépatique peu marqué ; absence de glycosurie alimentaire, sont des points à souligner. La latence de la lésion rénale (ni douleur, ni hématurie) s'explique plus aisément par la remarquable hypertrophie compensatrice subie par le rein resté sain.

En somme, n'était l'apparition de l'ictère grave, c'est-à-dire d'une infection surajoutée venant mettre en relief avec une grande rapidité l'atteinte profonde de tant de parenchymes nobles, ces lésions si étendues auraient pu encore rester sans attirer l'attention du malade.

Observation II. — *Cancer latent du pylore. — Cancer secondaire du foie.* — Cette observation a trait à un homme de 51 ans, qui

Digitized by Google

pris, à Tahiti en mars 1901, de troubles dyspeptiques (syndrome hypochlorhydrique, pesanteur après le repas, difficulté de la digestion), était venu de l'Océanie pour faire une cure à Vichy.

Au moment où on le voit pour la première fois (avril 1902), on note un amaigrissement extrême, un teint jaune paille, une diarrhée profuse, de l'œdème malléolaire, surtout marqué à droite, une douleur dans l'épaule droite.

Cet homme n'a *jamais vomi*, jamais présenté d'*hématémèse*; pourtant, il semble y avoir eu du melæna.

Le malade est sans forces, anéanti.

A l'examen direct, on note un creux épigastrique météorisé, un foie très augmenté de volume, débordant les fausses côtes de quatre travers de doigt, à surface bosselée. Ni circulation collatérale ; ni ascite.

Rate de volume normal. Estomac distendu.

Ganglions inguinaux. Pas de ganglions claviculaires.

La cachexie fait des progrès rapides, et le malade meurt le 15 mai.

A l'autopsie, on trouve :

Péritoine. — Ascite non hémorragique, peu abondante.

Foie. — Augmenté de volume. Surface bosselée, marronnée. A la coupe, quatre ou cinq nodules blanchâtres, de la grosseur d'une mandarine à celle d'une orange, très nettement délimités et isolés, plongés dans le reste du parenchyme sain, les uns affleurant à la surface, les autres plus profondément situés.

Intégrité de la vésicule et des voies biliaires.

Estomac. — Très dilaté. Le pylore est occupé par une énorme masse qui en occupe toute la circonférence. Cette masse, dont la surface est ulcérée, parsemée de détritus mélangés à du mucus, est infiltrée, dure, comme cartilagineuse. Elle s'est développée excentriquement plutôt que concentriquement, transformant l'orifice pylorique en une ouverture béante à parois rigides, ne pouvant revenir sur elles-mêmes.

Le *Pancréas* est largement envahi par l'extension du processus péri-pylorique.

Dans cette observation, la lésion pylorique est demeurée tout à fait latente. Le néoplasme stomacal s'est traduit cliniquement par une symptomatologie effacée qui en a imposé pendant longtemps pour une simple dyspepsie hypochlorhydrique. L'absence de vomis-

Digitized by Google

sements s'explique d'ailleurs facilement par la structure même et la disposition de la lésion pylorique, qui, loin de s'opposer au passage des aliments de l'estomac dans le duodenum, laissait au contraire celui-ci entièrement libre. L'hématémèse n'était pas plus facile à se produire que les vomissements, et le seul signe d'ulcération doit être cherché dans les selles melœniques signalées par le malade.

Comparons maintenant ces deux observations l'une à l'autre.

Dans l'une, la première, la durée de l'évolution clinique a été excessivement courte, et cependant c'est là que les lésions ont été portées au maximum d'étendue et de généralisation. Cette carcinose viscérale semble avoir succédé à une dévastation épithéliale minime en tant que lésion locale ; il semble qu'elle ait été due à un germe doué d'une activité spéciale de prolifération.

Dans la seconde au contraire, une énorme lésion pylorique n'a guère eu de retentissement secondaire que dans le foie et le pancréas ; et les nodules intra-hépatiques sont-ils encore restés relativement discrets. Ici, la maladie a donné ses premiers signes bien longtemps à l'avance, sous forme de troubles dyspeptiques qui se prolongèrent pendant un an, tandis que dans la première observation, où cependant l'étendue des lésions était bien plus grande, le silence fut complet jusqu'au dernier moment, et c'est à peine si une vague neurasthénie a marqué les premiers troubles apparents un ou deux mois avant la précipitation des événements terminaux.

Dans l'observation I, lésion pylorique minime : cependant vomissements ; dans l'observation II, lésion pylorique énorme, sans vomissements : pour les raisons spéciales indiquées plus haut.

Dans les deux observations l'ascite observée à l'autopsie n'était pas hémorragique.

De ces deux faits on peut donc retenir :

Que de grosses lésions néoplasiques gastro-hépatiques restent souvent latentes. Qu'elles peuvent prendre alors, suivant le cas, les allures d'une dyspepsie, d'une neurasthénie. Que ce ne sont pas les plus étendues qui sont les plus bruyantes, qui s'annoncent le plus à l'avance.

M. Vedel. — Pour la première pièce présentée, on pense à première vue à un cancer secondaire, mais en songeant au mode d'évolution, à la rapidité de la marche, on peut se demander si on n'a pas affaire à la forme nodulaire du cancer primitif du foie. La

Digitized by Google

lésion pylorique semble bien minime pour expliquer une si grosse lésion hépatique.

Présentation de malade

Fracture compliquée de plaie de l'extrémité inférieure de l'humérus (fracture par hyperextension avec issue en avant du fragment supérieur)
Résection sous-périostée de l'extrémité inférieure de l'humérus
Guérison avec un bon résultat fonctionnel

Par le professeur E. Estor

M. C..., âgé de 7 ans, est tombé sur le coude gauche, le 1er octobre 1902, du haut d'un charreton, c'est-à-dire d'une hauteur de 1 m. 50 environ. Dans la soirée on lui a fait un pansement antiseptique.

Le lendemain, nous examinons le coude, qui est dans la situation suivante : Par une plaie occupant sa face antérieure s'échappe un fragment d'os long de 1 cent. environ et taillé en biseau très aigu aux dépens de sa face postérieure. Le diagnostic est facile, c'est le fragment supérieur d'une fracture supra-condylienne de l'extrémité inférieure de l'humérus.

La première indication était de reséquer ce fragment. Fallait-il ensuite pratiquer la suture osseuse ou bien, par une régularisation modelante des deux fragments, assurer leur coaptation? Nous avons pensé, vu leur éloignement, qu'il était préférable de reséquer aussi le fragment inférieur. Nous savons bien que chez l'enfant il faut être sobre de résection, mais cette règle souffre quelques exceptions quand il s'agit du membre supérieur. De plus. il était bien permis de supposer que dans notre cas le cartilage conjugal devait être profondément altéré par le traumatisme. Enfin par la résection nous avions plus de chances d'obtenir une articulation très mobile.

Opération. — Anesthésie à l'éther. La plaie est agrandie en haut et en bas, et le fragment reséqué à la scie à chaîne sur une hauteur d'un centimètre environ. Puis, par une incision postérieure (incision d'Ollier), nous pratiquons la résection sous-périostée du fragment inférieur. On draine au moyen d'un tube qui traverse le coude de part en part dans le sens antéro-postérieur. Les plaies sont partiellement suturées. On immobilise en flexion.

En examinant la pièce on voit que le trait de fracture est très

Digitized by Google

obliquement dirigé de haut en bas et d'arrière en avant. Il commence en arrière, en un point situé à un centimètre et demi au-dessus des surfaces articulaires et se termine à leur niveau en avant.

Les deux fragments reséqués mesurent ensemble trois centimètres de hauteur.

4 *octobre*. On enlève le drain, la plaie est en très bon état

12. On commence à mobiliser prudemment l'articulation.

22. Cicatrisation complète. A partir de ce jour, le malade est régulièrement électrisé.

6 *février* 1903. Les mouvements de flexion sont complets ; les mouvements d'extension sont très peu limités. L'enfant peut porter à bras tendu un poids de deux kilogrammes.

Mastite gommeuse du sein gauche

par M Bruc.

Nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service de M. le Professeur Brousse, une femme portant une lésion du sein d'un diagnostic difficile et dont l'observation nous a paru intéressante à rapporter.

Il s'agit d'une Italienne, âgée de 56 ans. Dans son passé pathologique, nous retrouvons les fièvres paludéennes à l'âge de 12 ans ; des rhagades du sein, il y a 26 ans, quand elle était nourrice. Il y a huit ans, elle a eu des manifestations secondaires de la syphilis (Roséole, plaques muqueuses), qui ont disparu sans traitement. Nous manquons de renseignements sur le mari. Son fils, bien portant, marié, père de famille.

En septembre 1902, la malade remarque à la face antéro-interne de la cuisse droite, à deux travers de doigt au dessous du pli de l'aine, au niveau des ganglions, une tumeur dure qu'un chirurgien enlève le 17 septembre. L'opération ne donne pas les résultats attendus, et, quand la malade se présente, on voit, à la place de la tumeur, une ulcération ovalaire, oblique en bas et en dedans, mesurant quatre centimètres de long sur un et demi de large et un de profondeur. Les bords, taillés à pic et décollés, sont déchiquetés, phagédénisés, laissant voir dans le fond l'aponévrose fémorale.

En octobre 1902, la malade a son attention attirée du côté du sein gauche par une douleur lancinante et sent, à cet endroit, une petite tumeur indurée dont le volume augmente progressivement.

Digitized by Google

La tumeur en impose pour un cancer et on propose l'amputation, que la malade refuse, pour entrer le 1er décembre à l'Hôpital Suburbain, service de M. le Professeur Brousse, salle Libre, n° 1.

Etat actuel. — A ce moment, en plus de l'ulcération de la cuisse droite, on voit, par comparaison avec le sein opposé, le sein gauche modifié dans son volume, d'une coloration plus foncée, d'aspect carcinomateux, mais sans rétraction du mamelon, sans inflammation. De chaque côté du mamelon, deux ulcérations verticales. L'interne, piriforme, à grosse extrémité supérieure, avance un peu sur le mamelon et mesure deux centimètres de long sur un de large. L'externe, fusiforme, est plus étroite et mesure un centimètre de long. Les deux ont leurs bords décollés, taillés à pic, presque en biseau, aux dépens de la face profonde ; le fond est blanc, jaunâtre, d'aspect bourbillonneux.

A la palpation, on sent, au-dessous du mamelon et adhérant à la peau, une tumeur dure, globuleuse, indolore, intéressant la glande, du volume d'une mandarine, qu'on isole entre les doigts et qu'on mobilise sur le plan profond. La tumeur est unique et à ce niveau la peau manque de souplesse. Pas de traînée lymphatique ni d'engorgement ganglionnaire axillaire. Du côté de la clavicule droite, on mobilise sous la peau, sur la face antérieure de l'os, un ganglion gros comme un pois. Du même côté, quelques ganglions sous-maxillaires.

A l'inspection de la bouche, on remarque une dentition assez mauvaise. Sur le pilier postérieur droit, presque sur la paroi pharyngée, on aperçoit une nodosité rouge avec un point jaunâtre au milieu et qui n'est autre qu'une petite gomme.

L'aspect et la marche de la lésion du sein, la coexistence d'une gomme à la cuisse et au pharynx, font penser à une manifestation syphilitique, et on porte le diagnostic de mastite gommeuse.

La malade a un état général mauvais, pas d'appétit, mauvaise digestion, céphalées à exacerbation vespérale. L'analyse des urines les montre normales, sans sucre ni albumine. On prescrit un traitement général mixte, par l'association cacodylo-hydrargyrique en injections hypodermiques, suivant la formule du service :

Biiodure de mercure.....	0,10 centigr.
Iodure de sodium.....	0,20 centigr.
Cacodylate de soude.....	0,30 centigr.
Eau distillée...	10 cc.

Digitized by Google

dont on injecte, pour commencer, 1 cc. tous les deux jours ; et par la solution d'iodure de potassium :

Iodure de potassium.....	20 gr.
Eau distillée	300 gr.

dont on donne deux cuillerées par jour. Localement : pansement à l'iodoforme, gargarisme chloraté.

Le 8 décembre, on fait une première injection de 1 cc. très bien supportée.

Dès le 12 décembre, après deux injections, la réunion est presque parfaite à la cuisse ; la gorge, encore un peu gonflée, est améliorée. On injecte alors 2 cc. à la fois. Les jours suivants, on voit la cuisse se cicatriser, la gomme du pharynx disparaître, les lèvres de l'ulcération externe du sein se rapprocher.

Le 22 décembre, on porte à trois le nombre de cuillerées d'iodure par jour et on continue les injections. L'ulcération externe du sein cicatrise ; l'interne est réduite à un point à la base du mamelon.

Le 20 janvier, la malade sort malgré nous, après avoir eu dix-huit injections 0 gr. 34 centigr. de Biiodure de Mercure. L'ulcération interne du sein n'est pas complètement fermée ; son fond punctiforme est encore bourbillonneux. La tumeur a considérablement diminué, elle n'a plus que le volume d'une amande ; elle est encore dure, mais la peau reprend sa mobilité. Etat général excellent après 1 gr. 12 de Cacodylate. Ne pouvant suivre la malade et lui continuer le traitement, nous lui prescrivons deux cuillerées par jour de sirop de Gibert modifié par l'adjonction de Cacodylate de soude, suivant la formule du service :

Biiodure de Mercure..... ..	0 gr. 50 centigr.
Cacodylate de soude.....	2 gr. 50 —
Iodure de sodium.....	50 gr.
Sp. éc. or. am. q. s.....	1 litre

En résumé, il s'agit d'une femme de 56 ans qui, 8 ans après avoir remarqué des manifestations secondaires de la syphilis assez bénignes pour ne pas nécessiter de traitement, présente depuis deux mois une syphilide gommeuse du sein gauche. En dehors des anamnestiques, la marche rapide de la lésion, la forme de l'ulcère, le décollement de ses bords, l'intégrité relative de l'état général, l'absence d'engorgement ganglionnaire, suffisaient à écarter l'idée d'une tumeur maligne. La coexistence d'une gomme à la cuisse et au pharynx démontre la nature syphilitique de cette affection,

Digitized by Google

diagnostic confirmé par l'amélioration obtenue avec l'iodure et les injections de Biiodure cacodylé.

Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs points de vue.

D'abord, la localisation au sein des syphilides gommeuses est relativement rare. Jullien, dans son « Traité des maladies vénériennes », en rappelle 30 cas, mais M. le professeur Fournier, dans une thèse qu'il a inspirée en 1886, n'en cite que 23 observations authentiques, et pour son compte il n'en a observé qu'un cas dans sa longue pratique.

Depuis cette époque, la littérature s'est enrichie de 4 nouveaux cas (2 chez l'homme, 2 chez la femme), ce qui porte à 27 le chiffre total des observations de gommes du sein publiées jusqu'à ce jour.

Il est permis de se demander pourquoi notre malade a réalisé une pareille rareté clinique de préférence à tout autre accident tertiaire. On est amené à incriminer les rhagades, que la malade présenta au sein il y a 26 ans et qui, sinon par le traumatisme du moins par l'irritation continue qu'elles provoquèrent à ce niveau, semblent avoir été la cause occasionnelle de cette localisation.

Enfin, il faut signaler, en terminant, les bons effets du traitement par les injections de Biiodure d'hydrargyre cacodylé employé par M. le professeur Brousse à doses doubles de la formule primitive de Brocq.

M. Brousse. — J'ajouterai un mot à la communication de M. Bruc. L'aspect de la lésion rappelait assez le carcinome et l'erreur de diagnostic eût été possible si on n'avait connu les antécédents de la malade et s'il n'y avait eu coexistence de lésions fémorale et pharyngée.

Les cas de gomme du sein sont relativement rares ; on donne comme signe différentiel entre la gomme et le carcinome du sein que dans la syphilis les lésions sont généralement bilatérales, frappent les deux seins et que d'autre part il y a autour de la tumeur principale des nodules moins volumineux disséminés ; or, dans notre cas, la lésion gommeuse était unilatérale et constituée par une tumeur unique.

(*A suivre*).

Digitized by Google

NOUVELLES

M. Forgues, médecin principal de première classe, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Montpellier, est nommé directeur du service de santé du XVI[e] corps. La Rédaction est heureuse de lui présenter ses meilleures félicitations.

—

M. de Schuttelaère, médecin principal de 2[me] classe, est nommé médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Montpellier.

—

Une exposition internationale d'art dentaire et d'hygiène aura lieu à Paris, du 12 au 27 avril, dans les salles de clinique de l'école dentaire française.

—

Le XIV[e] Congrès international de médecine aura lieu à Madrid du 23 au 30 avril 1903.

Les Compagnies suivantes ont accordé des réductions en faveur des membres du Congrès :

Espagne : Chemins de fer espagnols, 50 pour cent ; Compagnie de navigation « La Trasatlantica », 33 pour cent.

France : Chemins de fer français (les 7 grandes Compagnies), 50 pour cent ; Compagnies de navigation « La Transatlantique », « Compagnie mixte » et « Transports maritimes », 30 pour cent.

Pour le parcours en France et en Espagne, le congressiste pourra suivre des itinéraires distincts, pour l'aller et le retour, sans perdre le droit à la réduction de 50 pour cent ; il pourra se rendre à Madrid par la frontière d'Irun, et quitter l'Espagne par la ligne de Barcelone-Port-Bou, ou vice-versâ, avec arrêts facultatifs en route.

De grandes fêtes seront organisées à Madrid en l'honneur des membres du Congrès. LL. MM. donneront une garden-party et une réception générale au Palais ; la Municipalité organise aussi une fête générale, et probablement une représentation extraordinaire au Théâtre Royal ; une *Corrida de Toros* ne manquera pas. En outre, différentes sections organisent des fêtes spéciales et des excursions réservées aux membres de ces sections.

L'Éditeur-Gérant : P. DELORD-BOEHM.

Montpellier. — Imprimerie DELORD-BOEHM ET MARTIAL.

Digitized by Google

N° 10 8 MARS 1903. TOME XVI

MONTPELLIER MÉDICAL

Journal Hebdomadaire paraissant tous les Dimanches

L'HOPITAL FRANÇAIS DE PÉTERSBOURG

ET

L'INFLUENCE DE LA FRANCE EN RUSSIE

Par le Dr L. FUSTER,
Lauréat de la Faculté, Médecin sanitaire maritime,
Médecin de l'Université de Moscou.

Nous avons reçu, avec prière de l'insérer, la communication ci-dessous. Elle émane d'un de nos élèves dont nous avons toujours apprécié les qualités d'esprit, l'effort laborieux d'étude, l'indépendance de sentiments et dont le nom a été porté, avec grande dignité, par un de nos anciens collègues : le docteur Fuster. Nous manquons d'éléments d'informations pour contrôler ces doléances. Nous pensons que la cause — si elle est juste — n'eût rien perdu à être plaidée, en certains points, avec plus de modération. Nous aimons à croire que notre ancien ambassadeur n'a point aussi gravement manqué à ses devoirs de protection envers les nationaux et nous laissons à l'auteur la responsabilité de cette polémique. Il n'en est pas moins vrai que les griefs sont sérieux, s'ils sont réels, qu'ils sont exprimés avec une netteté très courageuse et que, dans l'intérêt de tous, des éclaircissements sont nécessaires.

Dans une première lettre à la *Presse Médicale*, j'ai signalé, en quelques mots, l'organisation antifrançaise de notre

Digitized by Google

hôpital de Pétersbourg. Plusieurs articles parus à ce sujet ont dû édifier l'opinion de mes confrères, mais, comme M. Castillon, président des Sociétés de bienfaisance et de secours mutuels, a cru devoir contester certains faits dans la *Presse médicale* du 16 août, je m'empresse de communiquer la note ci-jointe qui engage franchement toutes les responsabilités.

Voici donc le texte de la lettre écrite par moi à M. de Montebello le 14/27 juin 1902. On lira à la suite le résumé, rigoureusement exact, de la longue conversation que j'eus avec l'ambassadeur le 17/30 du même mois.

M. de Montebello a expliqué, commenté, discuté, mais non nié, à l'inverse de M. Castillon.

On jugera alors, en pleine connaissance de cause, de quel côté se trouvent la vérité et la bonne foi.

Ma lettre défie toute interprétation fantaisiste et démasque ceux qui, protégés par la distance, se cachent encore derrière un patriotisme que tous leurs actes démentent.

Dans la question actuelle il ne s'agit point de rivalités de personnes, d'intérêts particuliers ; il s'agit de l'avenir, et je sais que l'esprit français est assez noble, assez généreux pour combattre en faveur d'une telle cause. Je livre donc les faits à la libre appréciation de tous.

Pétersbourg, 14/27 juin 1902.

MONSIEUR L'AMBASSADEUR DE FRANCE,

J'ai l'honneur d'attirer tout particulièrement votre attention sur les faits suivants :

Vous n'ignorez pas la conduite de M. Berthenson à mon égard et vous avez pu lire les protestations de la presse médicale française qui répond à l'appel que je lui avais adressé [1]. D'autre part, l'en-

[1] Voulant savoir pourquoi l'hôpital français était fermé aux médecins français, je demandai un rendez-vous à M. Berthenson. Il me le fixa, me demandant le but de mon entretien. Je répondis franchement ce que je désirais savoir. M. Berthenson

Digitized by Google

quête ouverte à mon instigation a jeté la lumière sur l'organisation antinationale de notre hôpital de Pétersbourg et sur les honteux agissements du Directeur, qui a eu l'outrageante audace de présenter au Président de la République cet hôpital, créé avec l'argent de la France et accaparé, puis systématiquement germanisé par M. Berthenson, sous la protection de M. Castillon, son client reconnaissant.

Dans ma lettre à la *Presse Médicale*, lettre parue *in extenso* dans quelques journaux et interprétée dans les articles du 14 mai et du 4 juin par le docteur de Lavarenne, j'établis que l'organisation de l'hôpital-français est totalement fausse, en ce sens qu'on a dépensé de grosses sommes pour construire un vaste établissement dans un quartier excentrique, presque exclusivement habité par des allemands, et que, de plus, on a négligé de fonder un capital de réserve *suffisant* pour assurer le service gratuit de l'hôpital.

Je sais parfaitement que, dernièrement, grâce à l'énergie de M. C..., on a affecté aux pauvres 4 lits sur 25.

Ce fait nouveau ne change rien au principe suivant qui a inspiré et inspire encore le fonctionnement de l'hôpital.

L'étrange obligation de ne recevoir que des malades riches, d'où la nécessité de prendre une enseigne capable de les attirer.

M. Castillon, président des Sociétés de Bienfaisance et de Secours Mutuels, a proposé Berthenson et Cie au prix d'une croix de Commandeur. Et le gouvernement de la République, ignorant ces conditions, l'a accordée d'emblée à un médecin, non docteur, « sans notoriété scientifique » mais à grande clientèle et à titres sonores dus à la faveur ou à l'intrigue [1].

Quand je songe que les grands maîtres de la science française ou étrangère, après une vie entière de labeur et de dévouement, arri-

s'empressa de m'informer qu'il n'avait jamais songé à modifier l'organisation actuelle de l'hôpital et que, dans ces conditions, il retirait sa parole, considérant que notre entretien « ne serait agréable ni à lui, ni à moi ». Je garde cette correspondance et j'adresse mon plus profond mépris au monsieur qui exprime ainsi un si noble courage.

[1] M. Castillon a donné dernièrement le relevé des titres de M. Berthenson. Ils sont sonores, personne n'en doutera, mais ils ne signifient rien, et M. Berthenson, « médecin honoraire de l'Empereur », n'a jamais approché de sa personne.

M. Castillon n'a pu dire que M. Berthenson fût docteur en médecine et cela parce qu'il ne peut l'être.

Digitized by Google

vent rarement à ce haut grade dans la Légion d'honneur, et quand je vois qu'après une aussi criante distinction, qu'il ne méritait à aucun titre, n'ayant jamais été ni chevalier, ni officier, M. Berthenson ose, sans la moindre pudeur, à la face de médecins français, imposer à l'administration de notre hôpital un personnel dont l'*origine allemande* est hautement démontrée aujourd'hui, tous mes sentiments se révoltent et je proteste de toute ma conscience et de tout mon cœur.

Vous avez, il est vrai, grâce à cette *Enseigne*, obtenu quelques malades payants détachés de la clientèle du Directeur, mais vous avez insulté la France par cette infâme combinaison, spéculation commerciale et non œuvre de bienfaisance, œuvre de vulgarisation nationale [1].

Et voilà pourquoi tout Pétersbourg proclame, à notre honte, que l'hôpital français est la clinique privée de M. Berthenson [2].

Etait-ce là le but que vous poursuiviez, Monsieur l'Ambassadeur, et était-ce là l'espérance de la France, dont vous êtes ici le représentant?... Vous auriez pu trouver à Pétersbourg, n'en doutez pas, un professeur Russe, connu et apprécié dans le monde savant qui, sans condition aucune, eût accepté la haute direction de notre hôpital, et nous, médecins français, nous aurions été heureux de servir sous ses ordres.

[1] M. Castillon, dans la note à la « Presse Médicale », l'avoue naïvement ou hypocritement.

[2] On peut lire dans les journaux politiques la réclame suivante:

Hôpital français placé sous le patronage de l'ambassade de France, situé à Vassili-Ostrow, 14e ligne, nº 59.

Reçoit les malades des deux sexes atteints de maladies internes, principalement aiguës, ainsi que pour opérations chirurgicales. — Les maladies contagieuses sont exclues.

Conditions de paiement :

Pour un lit dans une chambre commune à 2 ou 3 lits, de 60 à 75 r. par mois.

Pour une chambre à part, 100 r. par mois.

Opérations :

Pour une petite opération, 25 r.

Pour une grande opération, 50 r.

Pour entrer à l'hôpital, on est prié de s'adresser au directeur médical, M. le docteur L. Berthenson, le matin de 11 h. à midi, Sergiievskaïa, nº 20.

Dans les cas urgents, s'adresser à l'hôpital à toute heure.

Digitized by Google

Les connaissiez-vous, les Berthenson, les Trauberg, les Frank Dörbeck, les Jacob Halpern, qui règnent à l'hôpital français[1]...

— Non, certainement non.

Vous avez accepté un état de choses qu'on vous présentait comme nettement défini et vous avez laissé faire. C'était une profonde erreur ; ce n'était pas encore une faute.

Lorsqu'on descend de l'illustre héros d'Essling ; lorsqu'on a conquis ses titres de noblesse dans la victoire ; lorsqu'on porte un nom qui est l'une des plus pures gloires de la grande épopée française, on ne saurait oublier le suprême devoir de faire connaître la France, sinon pour la faire aimer, du moins pour la faire respecter.

Je viens donc, en toute franchise et confiance, vous demander, Monsieur l'Ambassadeur, une action radicale, prompte et énergique.

La question est grave, urgente. Dans peu de jours la presse politique entrera en scène et soulèvera l'opinion publique. Ce ne seront plus des individus qui seront en cause, ce seront les principes généraux du développement de notre influence à l'étranger, et alors, quel immense écho retentira en France ! !...

Dans le « Novoe Vremia » du 2/15, il y a encore un article insultant[2] pour le chirurgien Doyen, le plus habile opérateur du monde. Vous y trouverez aussi cette phrase clairement exprimée. « — AVEC LES MÉDECINS FRANÇAIS, IL FAUT, EN GÉNÉRAL, SE MÉFIER. » — Ici, tout le corps médical de mon pays est mis en cause. Cette note, parue dans un journal presque officiel, prend, dans les circonstances actuelles, une importance capitale, car elle montre la situation réelle qui nous est faite en Russie, grâce aux faits qui précèdent.

Un tel article ne restera pas sans réponse.

Vous le voyez, l'incendie qui s'allume à peine a déjà pris de vastes proportions et personne ne peut dire encore où il s'arrêtera. Pourtant la solution est entre vos mains, Monsieur l'Ambassadeur, car vous avez le pouvoir d'agir, et nous espérons que vous en aurez le courage.

J'ai eu l'honneur d'être reçu par vous quelquefois depuis *trois ans*, et, au mois de juin 1901, *avant l'ouverture de l'hôpital*[3], je

[1] Etant israélites et d'origine allemande ne peuvent, d'aucune façon, être russes.

[2] Il y est dit par exemple : *Doyen, à la tête de la jeune chirurgie, peut toujours et sûrement dire « grâce à notre traitement le malade est mort, ou malgré notre traitement le malade a guéri, etc.»*

[3] Ceci répondait d'avance à l'objection faite dernièrement par Mr Castillon

Digitized by Google

prenais congé de vous me rendant à Moscou pour y subir les nombreux examens qui m'ont donné le droit d'exercer en Russie [1].

Depuis, sur d'excellentes recommandations d'amis communs, vous m'avez montré de l'intérêt. Je ne l'oublie pas, et c'est avec le plus profond respect pour le représentant de la France que je me permets de vous adresser cette lettre. C'est aussi avec la plus ferme résolution d'aller jusqu'au bout, fort de mon droit et fier de mes devoirs.

Veuillez agréer, Monsieur l'Ambassadeur de France, l'hommage de mes sentiments respectueux.

Dr L. FUSTER.

Au reçu de cette lettre, M. l'ambassadeur de France m'écrivit, me priant de passer à l'ambassade. — Je ne parlerai point des propos aigres-doux, plus ou moins personnels, qui furent échangés pendant une heure, et je résumerai fidèlement les idées exprimées par M. de Montebello.

Il désire, sans aucun doute, que notre hôpital soit français, mais il estime qu'en ce moment *il est impossible de lutter* contre la science allemande, maîtresse absolue en Russie. C'est pour cela qu'il a accepté la combinaison Berthenson comme favorable à l'avenir financier de l'hôpital. — « Dans 20, 30, 40 ans peut-être, la science française sera connue en Russie, et alors l'hôpital pourra devenir un centre de vulgarisation nationale. » — Et qui, jusque-là, fera connaître notre science française, ai-je demandé? — Vous, le docteur Marcou et vos successeurs, a répondu l'ambassadeur. — Ainsi donc, ai-je ajouté, pendant que notre hôpital sera dirigé à l'allemande, par des Allemands sous la haute protection de notre ambassade, nous, médecins français, discrédités par nos représentants officiels, nous aurons le

qu'*au moment de l'ouverture de l'hôpital il n'y avait pas de médecins français à Pétersbourg.*

[1] M. Castillon écrivait encore qu'*il n'y avait pas, à Pétersbourg, de médecins français ayant le droit d'exercer.* Avant de parler ainsi, il vaudrait la peine de se renseigner; on éviterait ainsi de recevoir encore *un démenti formel.*

Digitized by Google

devoir de faire apprécier notre science nationale ! !... Il faut reconnaître que cette façon de comprendre la question, de la part de notre ambassadeur, est assez étrange, d'autant plus qu'il y a en Russie des esprits éclairés qui savent rendre justice à la France, dont le rôle a toujours été prépondérant dans le monde savant et dans l'humanité entière. Oui, il est étrange et pénible surtout de voir accepter la défaite avant d'avoir essayé le combat ! — C'est si peu français ! Et pourtant, c'est le représentant de la France, le descendant d'un illustre maréchal, fils de la Révolution, qui parle et agit ainsi. Il faut donc encore admettre que la diplomatie émousse parfois le courage en imposant ses lois de temporisation malgré tout aux esprits apaisés et aux âmes tranquilles. M. de Montebello, conservateur des anciennes formules, m'a demandé *pourquoi, si nous pouvions vivre en France, étions-nous venus en Russie?* Cette idée soulève de multiples réflexions que chacun comprendra. Je n'y insisterai pas, mais je transcrirai simplement la phrase du docteur de Lavarenne dans la *Presse médicale* du 4 juin : « Le temps n'est pas loin où les représentants de la France à l'étranger considéraient ceux de nos nationaux qui venaient leur demander aide et protection, comme des suspects qui ne s'expatriaient que parce qu'ils ne pouvaient rester dans la mère patrie. »

La question de notre ambassadeur démontre que ces temps n'ont guère changé, puisque les idées sont restées les mêmes à la cour de St-Pétersbourg.

L'Ambassadeur a aussi exprimé l'idée qu'à *la rigueur il pourrait faire venir de France un Maître parisien auquel on ferait une situation*. Avec un hôpital de 25 lits dont 5 ou 6 seulement sont occupés, dans un pays où, dit-il lui-même, la science française n'a rien à faire avant 20, 30 ans et plus, quelle situation peut-on faire à un Maître quand, de plus, le budget n'est guère florissant !... J'ai assuré que, dans tous

Digitized by Google

les cas, un Maître français exigerait un personnel français, et repousserait avec mépris toutes les combinaisons de l'ordre BERTHENSON, CASTILLON et Cie. — « Mais si je prends un personnel français, a ajouté vivement M. de Montebello, je n'aurai aucun malade !... » M. Berthenson a démontré à l'Ambassadeur qu'il fallait créer son dispensaire et il a fait un projet de 228.000 fr. pour les constructions seulement. J'ai facilement prouvé que cette dépense était folle, et j'ai affirmé que, dans les circonstances actuelles, la France ne donnera pas son argent pour une œuvre antinationale et pour servir les intérêts privés de M. Berthenson. J'ai pris ensuite le tableau suivant, présenté la veille 16/29 juin à l'assemblée générale (20 personnes environ) sous la présidence d'honneur de M. l'Ambassadeur.

Hôpital (*du* 1er *juillet* 1901 *au* 31 *mars* 1902)

Dépenses	Roubles	kopeks	Recettes		
Nourriture du personnel	558		Reçu de 38 malades payants pour 1261 journées	3506	17
» des malades 1548 journées	464	40	Intérêts sur le capital spécial de l'hôpital	1013	20
Honoraire des Docteurs et service	2946	49	*Total...*	4519	37
Pharmacie, laboratoires, etc.	398	13			
Entretien mobilier et ustensiles	123	75			
Blanchissage, lingerie.	216	05			
Eclairage et chauffage.	1044	90			
Dépenses diverses	364	54			
Total...	6116	26			

Ces chiffres ont une éloquence indiscutable et convaincante.

On voit d'abord que la journée du malade revient à la jolie somme de 3 roubles 95 = 10 fr. 27 (le rouble = 2 fr. 60).

Digitized by Google

D'autre part, les 38 malades payants ont fourni 1264 journées des 1548 journées totales. On en déduit facilement qu'il y a donc eu, au plus, 9 malades non payants. Pour ces derniers, c'est la Société de secours mutuels qui donne une subvention.

Donc, en 9 mois, le mouvement a été de 47 malades.

Remarquons encore que les 1264 journées payantes ont rapporté 3.506 roubles 17, ce qui donne pour chaque jour 2 roubles 77 = 7 fr. 20. Ce qui prouve que, même avec ces malades, l'hôpital perd 3 fr. par jour, environ.

Quant au service médical, il a absorbé un peu plus de 6.000 fr.

Inutile d'analyser tous ces chiffres et d'exprimer toutes les réflexions qu'ils inspirent. Ils démontrent hautement l'absurde organisation due à des gens dont l'incompétence atteint la vanité.

Il est aussi impossible d'admettre *l'urgente nécessité* d'un dispensaire dont la construction doit coûter au moins 228,000 fr. : Pavillon A, pavillon B, etc. Salles de consultation, d'observation, de contagieux, de massage, d'hydrothérapie... Laboratoires, pharmacie, *appartements du personnel médical,* etc.

Le projet présenté par l'Ambassadeur à la séance générale est complet. Mais pourquoi gaspiller l'argent de la France ?...

« *Puisque ce n'est pas notre argent, nous pouvons toujours demander* ». Telle est la phrase qui, prononcée par un membre du bureau, le président si je ne me trompe, a enlevé le vote du projet de dispensaire. En me retirant, j'ai répété à M. de Montebello qu'il faut une transformation radicale et totale, sans laquelle il n'obtiendra rien.

Dans l'intérêt de la vérité, dans l'intérêt de la France à l'étranger, il fallait montrer quelle est la situation réelle faite aux Français qui acceptent de travailler pour leur pays en

Digitized by Google

s'exilant en Russie [1]. Il fallait aussi franchement dévoiler le rôle exact joué par certains hommes qui oublient trop facilement leurs devoirs envers la Patrie et envers la République.

AX-LES-THERMES

SES SOURCES MINÉRALES, SA THÉRAPEUTIQUE

PAR

Les **Docteurs V. AUPHAN**, ancien médecin-inspecteur et **G. Bouchet**, médecins consultants à Ax-les-Thermes.

(*Suite.* — Voir nos 49, pag. 1209 (1902), 9 (1903), pag. 225.

§ II. — *Rhumatisme*

Le rhumatisme est, on le sait, une des manifestations les plus fréquentes de l'arthritisme. Il s'en faut toutefois que tous les rhumatisants soient arthritiques. La pathogénie de l'affection et quelques symptômes généraux, l'hyperacidité par exemple, sont ici d'un puissant secours pour établir l'origine de l'affection.

[1] Au point de vue industriel et commercial, nous sommes *inondés* de produits allemands, tandis qu'il est à peu près *impossible* de recevoir des produits français. Pourquoi ce favoritisme à l'égard de l'Allemagne ? Parce que les Allemands sont réellement soutenus, protégés et encouragés par tous leurs représentants officiels, qui poursuivent toujours le même but : *augmenter et fortifier systématiquement l'influence de leur pays*. Les diplomates français se sont trop souvent contentés de belles et sonores protestations de sympathie *ne signifiant rien*, mais flattant l'amour-propre personnel de M. X. ou de M. Y. C'est peu pour la France, qui, en fin de compte, *puissance amie et alliée*, est mise ici presque totalement de côté. Ceci démontre une fois de plus qu'il est temps de placer à la tête de nos ambassades des hommes forts et énergiques, courageux représentants des principes républicains si vigoureusement et si justement appliqués par le gouvernement d'action qui dirige aujourd'hui la France.

Digitized by Google

Cette maladie est caractérisée par des mouvements fluxionnaires plus ou moins rapides, plus ou moins durables, exerçant leur action soit sur les tissus fibreux ou chondroïdes, soit sur les nerfs, la peau, le tissu cellulaire, soit enfin sur certains viscères importants. Il est nécessaire de bien connaître les diverses formes de la maladie pour éviter les insuccès et les incertitudes dans la pratique thermale. Ainsi, suivant qu'il s'accompagne ou non de symptômes fébriles, le rhumatisme est aigu ou chronique : suivant qu'il se manifeste sur tel ou tel appareil, sur tel ou tel organe, il peut se subdiviser en rhumatisme articulaire, nerveux, cutané, viscéral ; suivant les éléments ou les diathèses qui le compliquent, on peut le diviser en rhumatisme inflammatoire, goutteux, chlorotique, adynamique, etc.

Le rhumatisme aigu n'est pas du ressort de la thérapeutique thermale.

Quant à toutes les autres formes de cette diathèse, quelque variées qu'elles soient, quelque étranges qu'elles puissent être, elles sont absolument justiciables de la thérapeutique thermo-minérale d'Ax, les eaux d'Ax ayant, il ne faut pas l'oublier, une action élective manifeste sur l'ensemble de l'appareil cutané.

Le rhumatisme des articulations est, sans contredit, le plus fréquent ; il est, pour ainsi dire, la manifestation typique de la diathèse qui nous occupe, et présente un assez grand nombre de variétés dont il y a lieu de tenir compte pour instituer un traitement approprié.

Ainsi, le rhumatisme polyarticulaire aigu passé à l'état chronique, ayant laissé un certain nombre d'articulations engorgées et douloureuses, guérira rapidement par un traitement suivi au Teich ou à l'établissement Modèle. La médication hyperthermale est généralement indiquée : bains Astrié au Teich, bains du numéro 1 à 14 au Modèle, étuves, et sur

Digitized by Google

la fin de la cure, quelques bains sulfureux forts, des douches générales chaudes ou tièdes. Ici, la guérison est la règle en une ou deux saisons thermales.

Le rhumatisme chronique polyarticulaire progressif se présente sous deux formes tout à fait distinctes, suivant que le mal siège dans les *cartilages* ou le *tissu spongieux des os*, ou bien dans les parties *séro-fibreuses, ligaments* et autres tissus *intra* ou *péri-articulaires*.

Dans le premier cas, il s'agit du rhumatisme *noueux ou déformant* qui envahit peu à peu toutes les articulations, grandes et petites, et les déforme, tout en leur conservant une mobilité relative. Cette forme de rhumatisme, quoique se montrant spécialement chez les lymphatiques, se complique fréquemment d'endocardite et prend fréquemment la marche subaiguë. Aussi faut-il se garder d'employer au début des bains à thermalité et à sulfuration élevées ; l'état aigu se développerait rapidement et empêcherait la continuation du traitement. Les bains Pilhes au Couloubret, à une température de 35° centigrades, paraissent avoir dans l'espèce une action toute spéciale ; après quatre ou cinq jours de traitement, l'amélioration est déjà évidente et l'état résolutif manifeste. Sur la fin de la cure, quelques bains à sulfuration plus élevée, quelques douches générales pourront aussi être utiles. Mais, dans le plus grand nombre des cas, les bains chauds à haute sulfuration, les douches chaudes et surtout les étuves paraissent produire les effets les plus désastreux.

Quand le rhumatisme progressif prend la forme *séro-fibreuse*, les articulations sont peu tuméfiées ; mais, grandes ou petites, elles deviennent le siège d'accidents inflammatoires spéciaux qui donnent lieu à des pseudo-ankyloses ou même à des ankyloses tellement nombreuses que le patient semble avoir la raideur d'une barre de fer, surtout, comme

Digitized by Google

on peut l'avoir observé quelquefois, quand les articulations vertébrales se sont soudées l'une à l'autre.

Ce rhumatisme procède souvent par crises plus ou moins aiguës. Durant ces crises il faut s'abstenir de la cure thermale. Mais en dehors d'elles, après toutefois que le malade a été, pour ainsi dire, acclimaté, on peut sans crainte employer les bains et les douches à haute température, les étuves suivies de sudation (bains de la Galerie François, bains Astrié, douches Tivoli du Teich et du Modèle, grandes douches du Modèle, étuves en caisses ou à gradins). Il arrive fréquemment que l'affection rhumatismale se localise sur une seule ou même sur deux articulations symétriques. Quand elle est récente, il suffit d'employer les bains d'eau sulfureuse dégénérée ou d'eau sulfureuse faible (bains alcalins du Modèle, bains Boulié et bains Astrié du Teich, bains Hyposulfités du Modèle, bains de la Gourguette et bains Pilhes du Couloubret), les douches chaudes et à basse pression et quelquefois même les étuves locales.

Au contraire, quand il s'agit d'une vieille localisation, les bains à haute sulfuration, les douches à forte pression, deviennent souvent nécessaires pour provoquer sur le point malade une sorte d'irritation substitutive, sans laquelle la guérison ne saurait avoir lieu. Il nous a été donné de voir bien des fois de vieilles arthrites rhumatismales, localisées sur un seul point et ayant déterminé l'ankylose presque complète de l'articulation malade, céder très rapidement à l'action combinée des bains sulfureux d'Ax et de douches chaudes à forte pression.

L'arthrite coxo-fémorale (coxalgie rhumatismale) est la plus rebelle de toutes ces localisations, parce qu'il est difficile de se rendre compte des modifications morbides survenues dans l'articulation et aussi parce que la douleur permanente a déterminé une véritable déviation du bassin, pouvant faire croire au raccourcissement réel du membre

Digitized by Google

malade, et ne disparaissant pas toujours avec la maladie qui l'a engendrée. Les bains de la Galerie François du Modèle, les bains Astrié du Teich et les bains Viguerie employés en même temps que les douches à forte pression peuvent donner d'excellents résultats.

Un mot au sujet du rhumatisme articulaire puerpéral et du rhumatisme blennorrhagique. Tandis que le premier cède promptement au traitement tonique sulfureux, le second se fait remarquer par une ténacité quelquefois désespérante. Contre le premier les bains Jeanne d'Albret et les bains du Bain Fort au Couloubret, les bains Viguerie au Teich, doivent être préférés ; contre le second les bains Pilhes, au Couloubret, les bains des numéros 1 à 14 et ceux de la Galerie François, du Modèle, ont une supériorité relative ; ils doivent alors être employés concurremment avec l'étuve en caisse et les douches Tivoli, chaudes et prolongées.

Le rhumatisme musculaire, localisé ou non, lorsqu'il est récent et sans complication, guérit facilement par les bains chauds à sulfuration moyenne, les douches et les étuves. Quand il est ancien, les résultats du traitement sont tout aussi satisfaisants au point de vue de la maladie principale qui guérit ; mais il faut s'attendre à peu de modifications s'il existe de vieilles contractures ayant entraîné des changements dans les rapports des surfaces articulaires voisines.

Le lumbago, qui constitue comme la transition du rhumatisme musculaire au rhumatisme nerveux et qui s'accompagne si souvent de névralgies sciatiques ou crurales, exige, comme les autres névralgies d'origine rhumatismale, les traitements les plus divers : tantôt les bains Montmorency du Couloubret, les bains numéros 1, 2, 3, 9 et 10 du Breilh purs ou additionnés d'amidon sont seuls capables d'amener une sédation : tantôt les bains les plus sulfureux du Modèle et du Teich, les douches les plus chaudes, les plus prolon-

Digitized by Google

gées, les plus violentes, deviennent nécessaires pour arriver à modifier les douleurs. L'atrophie consécutive à la névralgie sciatique de longue durée est rapidement modifiée par les douches quand une fois on a vaincu la douleur.

Le rhumatisme goutteux doit naturellement former une classe à part ; c'est une arthropathie à marche et à forme toutes spéciales. Il atteint presque exclusivement les petites articulations, qui deviennent le siège d'une tuméfaction régulière et permanente. Il s'accompagne même souvent de dartres sèches (psoriasis des ongles, lichen, prurigo), quelquefois même d'eczéma généralisé mais très discret ; les urines contiennent habituellement un excès d'acide urique. Son traitement est des plus simples : bains Rigal, bains alcalins, bains Boulié du Teich et comme boisson l'eau bleue, la source Longchamp, les alcalines du Modèle.

De toutes les manifestations viscérales du rhumatisme, celle qui doit surtout attirer notre attention, c'est l'endocardite. Les succès éclatants que l'on obtient par la cure thermale méritent ici une mention spéciale. L'endocardite observée aux eaux est rarement simple et s'accompagne presque toujours de rétrécissement des orifices, d'insuffisance valvulaire et même d'hypertrophie cardiaque le plus souvent excentrique.

Ces lésions organiques, conséquences fatales de la phlegmasie de l'endocarde, ne deviennent des contre-indications à la cure thermale que dans la période ultime de la maladie, dans la période dite asystolique, alors que l'organe a presque entièrement perdu toute force et toute élasticité et qu'il devient impossible de réagir. Mais, dans une période moins avancée, le surcroît d'activité imprimé au système circulatoire par les eaux d'Ax, pourvu qu'il soit maintenu dans de faibles limites, aide certainement à la résolution des produits morbides qui obstruent et gênent les orifices et les valvules. De plus, il modifie le muscle cardiaque comme il

Digitized by Google

tonifie tout l'organisme. Mais, on le comprend, les bains à température élevée, les douches chaudes et prolongées, les bains de vapeur, sont autant de pratiques thermales auxquelles il faut renoncer presque absolument, ou que l'on ne doit employer qu'avec de grandes précautions. Les bains plus spécialement consacrés à la cure de cette grave complication sont, en remontant la gamme sulfureuse, les bains numéros 1, 2, 3, 9 et 10 du Breilh, ceux de la Gourguette, de Pilhes, de Jeanne d'Albret (Couloubret) de Fontan (Breilh) et du bain Fort (Couloubret) dont la température ne doit jamais dépasser 35° centigr. Le plus souvent aussi, les douches doivent être employées avec ménagement, et l'on doit surtout utiliser les douches courtes et à température modérée.

Un dernier mot sur le rhumatisme : quels que soient son siège, sa forme, la rapidité de sa marche, il se complique fréquemment d'atonie, d'un état adynamique particulier, caractérisé par une sueur abondante et continuelle, par une pâleur excessive de la face imprimant au rhumatisant un air de langueur et de fatigue vraiment typique et qui permet de le reconnaître à distance. Cet état exige dans le traitement des modifications importantes, surtout quand il s'agit de cas très graves. Il faut avant tout tonifier la peau, modérer la sécrétion exagérée de la sueur qui épuise le malade et entretient l'arthropathie. Bains à basse température (32° 33° centig.) et de courte durée (10 à 15 minutes), à sulfuration moyenne ou élevée, pouvant être administrés dans des cabinets très aérables : bains Jeanne d'Albret, Fontan du Breilh, bains du bain Fort, bains Viguerie ; douches générales tempérées (34° 35°) ou jumelles, c'est-à-dire à deux températures (34° et 40°), tel est le traitement à conseiller.

L'amélioration est sensible dès le début, et quelques jours suffisent pour apporter à l'état général et à l'état local des modifications heureuses et durables.

Digitized by Google

La station d'Ax est, à notre avis, sans rivale au point de vue de la cure du rhumatisme et de ses diverses manifestations. Nulle autre part on ne trouvera une pareille variété d'eau minérale s'adaptant si bien à toutes les formes, à tous les cas particuliers qui peuvent se produire. C'est pourquoi il a été nécessaire d'entrer dans des développements assez étendus pour faire ressortir le plus possible toutes les ressources que nous possédons.

(*A suivre*).

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

Séance du 6 Février 1903

(Suite et Fin)

Deux cas de tétanos traités par l'injection intra-rachidienne de sérum antitétanique

par le docteur Abadie

Au moment où la ponction de Quincke et la rachi-cocaïnisation étaient présentes à tous les esprits, l'impuissance si souvent constatée des injections sous cutanées de sérum antitétanique dans les cas de tétanos déclaré, les résultats inconstants et discutés de la méthode de Roux et Borrel devaient amener simultanément plusieurs cliniciens à recourir à la cavité sous-arachnoïdienne comme lieu d'introduction de l'antitoxine.

Dès 1898, Jaboulay [1] appliquait cette méthode et obtenait un succès, de même Jacob [2] en 1899, etc. Récemment, Fausto et Godinho [3] estiment avoir obtenu dans deux cas un résultat très net.

Par contre, Sicard [4] à trois décès, Heubner 6 enfin Delot et Grenet [5] viennent de communiquer un nouvel insuccès.

[1] Echo méd. de Lyon, 1898, p. 375

[2] Soc. méd. int. de Berlin, 29 nov. 1899.

[3] Presse médicale, 20 sept. 1902.

[4] Th. Paris 1899-1900. Gaz. hebd. 18 mars 1900.

[5] Gaz. hebd. de méd. et de chir. 9 nov. 1902.

Digitized by Google

Le bilan actuel, d'après le rapport de Vallas [1] et en tenant compte des 3 derniers cas de Fausto et Godinho, Detot et Grenet, semble donc être de 14 morts sur 22 cas, c'est-à-dire une mortalité de 65 pour 100.

Par deux fois, sur les indications de M. le professeur Forgue et ignorant que cette méthode eût été déjà appliquée, nous avons pratiqué des injections intra-rachidiennes de sérum antitétanique ; les résultats sont : une guérison, un décès.

Dans le *premier cas*, le malade, sujet vigoureux de 31 ans, avait eu, le 9 mars 1902, le pied droit écrasé par une charrette ; une grande partie du bord externe et de la face plantaire du pied avait été scalpée, et le calcanéum était fortement esquilleux. — Ablation d'esquilles — nombreux pansements — greffes de Thiersch le 4 juin.

Le 10 juin, trois mois après l'accident initial, le malade accuse de la raideur de tout le dos ; la flexion du tronc et la rotation sont impossibles ; rapidement, douleurs sous-maxillaires et trismus, la nuque est raide. Les phénomènes augmentent très lentement et le malade prend des doses fortes de chloral.

Le 26 juin, l'état s'aggrave, injection sous-cutanée, de 10 cc. de sérum. Dans la soirée, deux crises peu violentes convulsives, avec raideur spasmodique de la nuque.

Le 27, état stationnaire.

Le 28, injection *intra-rachidienne* de 10 cc. Une amélioration très marquée se produit ; il n'y a plus traces de mouvements convulsifs. Le mieux se maintient le 29.

Le 30, dans la matinée, les contractures reviennent et s'accompagnent d'une sensation de lassitude intense. Les muscles du dos et de la nuque sont contracturés. Malgré les difficultés qui en résultent, injection *intra-rachidienne* de 10 cc. — En moins d'une heure, l'amélioration se produit et si nettement qu'aucun doute n'est possible. Le trismus disparaît ; la déglutition est possible et la raideur du dos ne se reproduit plus. Dès lors, plus aucun phénomène tétanique. Ce premier résultat était encourageant.

Dans le *second cas*, trois jours après le traumatisme (écrasement d'un doigt par une futaille), les premiers symptômes du tétanos se déclarent. Aussitôt, injections sous-cutanées de sérum à la dose de 30 cc. le premier jour, sans aucun résultat. Le lendemain matin, on

[1] Presse médicale, 1902, n° 88. (Congrès fr. de chirurgie).

Digitized by Google

injecte 10 cc. de sérum par la voie lombaire, et à nouveau 10 cc. le soir du même jour. Aucune amélioration; deux jours après, mort.

Voilà de quoi rendre sceptique sur la valeur curative du sérum par la voie lombaire.

D'autant que le premier cas est remarquable et par la très longue incubation du tétanos et par sa marche assez lente une fois déclaré. Il ne s'écoule pas moins de trois mois entre l'infection et les symptômes de début; c'est seulement dix-huit jours après le trismus initial que l injection est faite. N'avons-nous pas eu affaire là à une de ces formes de tétanos chronique pour lesquelles la seule injection sous-cutanée est susceptible de donner des guérisons? Il est cependant incontestable que l'état du malade donnait à tous ceux qui l'ont vu la conviction d'un pronostic très mauvais au moment où nous avons fait l'injection sous-arachnoïdienne, et que, d'autre part. l'amélioration de l'état général et l'atténuation de tous les symptômes se sont produites avec une rapidité surprenante après chaque injection.

Pour le second malade atteint, lui, de tétanos aigu, la même thérapeutique s'est montrée complètement inefficace.

Nous ne saurions donc conclure en faveur du traitement du tétanos par les injections sous-arachnoïdiennes dans les formes aiguës, les seules vraiment intéressantes. Devant celles-là, nos méthodes thérapeutiques restent encore illusoires; le sérum sous la peau, le sérum par la voie lombaire, ne donnent guère de résultats que dans des cas exceptionnels. Il semble que la seule méthode ayant vraiment donné des résultats certains quoique rares reste la méthode de Roux et Borrel, l'injection intra-cérébrale, trop sévèrement et dédaigneusement jugée par M. Vallas, et qui a, à son actif, quatre guérisons dans des formes vraiment aiguës.

M. Rodet pense que la communication de M. Abadie est assez encourageante, bien que son cas de guérison soit un cas de tétanos chronique; on voit, en effet, dans son observation, une sédation extrêmement rapide des symptômes qui n'est pas dans l'allure des traitements habituels du tétanos. Il faut appliquer le traitement par le sérum dans les tétanos déclarés malgré les insuccès. Il est possible qu'on obtienne de bons résultats en employant de nouvelles voies d'introduction du sérum. On pourrait songer à utiliser la voie veineuse. M. Lagriffoul a obtenu des résultats expérimentaux encourageants.

Digitized by Google

Séance du 13 février 1903

Présidence de M. Vedel.

Etaient présents : MM. Guérin, Lagriffoul, Abadie, Gaussel, Mme Gaussel Moitessier, Rimbaud, Maystre, Pagès.

Sur la recherche du bacille de Koch par le procédé de Jousset

Par le Docteur A. Lagriffoul

M. Jousset à la *Société médicale des Hôpitaux* le 9 janvier dernier, et MM. Bezançon, Griffon et Philibert à la *Société de Biologie* un jour plus tard, le 10 janvier, ont indiqué une nouvelle méthode de recherche du bacille de Koch dans les humeurs de l'organisme.

L'idée qui a guidé ces divers auteurs est des plus simples. Si l'on trouve si rarement les bacilles de Koch dans les épanchements ou dans le sang des tuberculeux, c'est que la fibrine, en se coagulant, emprisonne ces bacilles dans ses mailles. Si l'on veut se mettre dans de bonnes conditions d'examen, il faut donc dissoudre cette fibrine, et centrifuger ensuite le liquide obtenu. Là où ces auteurs diffèrent c'est dans le procédé employé pour dissoudre le caillot.

MM. Bezançon, Griffon et Philibert emploient un procédé qui découle de celui qu'a proposé Biedert pour l'homogénisation des crachats. Ils broient le caillot dans son sérum additionné de quelques gouttes de lessive de soude, ils diluent dans de l'eau distillée et portent à l'ébullition.

Jousset, lui, se débarrasse de la fibrine en la faisant digérer par un suc gastrique artificiel fluoré, dont la composition est la suivante :

Pepsine en paillettes.....	1 à 2 gr.
Glycérine pure.....	*aa* 10 cc.
Acide chlorhydrique.....	
Fluorure de sodium.....	3 gr.
Eau distillée.....	1 litre.

Jousset a du reste, décrit en détail sa méthode sous le nom d'*inoscopie* dans la *Semaine médicale* du 21 janvier dernier.

La méthode de Jousset semble préférable à la méthode de Bezan

Digitized by Google

çon, Griffon et Philibert, car la potasse ou la soude, même à 1 °/₀, excellentes pour entraver la coagulation, dissolvent difficilement les caillots cohérents ; il faut chauffer le mélange, ce qui donne une mousse assez gênante ; finalement, on obtient un liquide assez visqueux, difficile à centrifuger et où les bacilles sont notablement altérés. Au contraire, le suc gastrique antiseptique de Jousset dissout complètement et rapidement la fibrine et laisse à peu près intacts les bacilles, tout en supprimant les pullulations bactériennes gênantes.

Les résultats obtenus par Bezançon, Griffon et Philibert, à l'aide de leur méthode, sont encore en nombre peu considérable.

Dans 3 cas de tuberculose expérimentale, ils ont trouvé 3 fois le bacille de Koch dans le sang du cœur.

Chez l'homme, ils n'ont encore trouvé qu'une fois le bacille de Koch dans le sang ; il s'agissait d'un malade atteint de tuberculose pulmonaire avec hémoptysie.

Enfin, dans le seul cas de pleurésie séro-fibrineuse qu'ils ont étudié, ils ont pu déceler le bacille de Koch.

Les résultats apportés par Jousset sont bien plus nombreux.

Sur 23 cas de pleurésies, 23 fois il a pu déceler le bacille de Koch.

Sur 12 épanchements péritonéaux indéterminés, pris au hasard et pour lesquels le diagnostic était hésitant, 8 fois il a trouvé le bacille de Koch. Pour 3 de ces malades, le diagnostic de cirrhose alcoolique avait été porté.

Deux fois, il a trouvé le bacille de Koch, dans des cas de tuberculose aiguë, alors que tout paraissait faire pencher la balance en faveur de la dothiénentérie. Il l'a également trouvé dans 3 cas de phtisie subaiguë et plusieurs fois également dans des cas de tuberculoses chroniques diverses, apyrétiques, tout à fait insoupçonnées.

La méthode, du reste, ne s'applique pas uniquement au bacille de Koch, mais bien à toute espèce de microbe ; c'est ainsi que Jousset a pu arriver à déceler du gonocoque dans 2 cas d'arthrite blennorragique.

Les résultats obtenus par Jousset sont on le voit, véritablement remarquables, si on les compare à ceux obtenus avant l'application de sa méthode

Du reste, malgré le peu de temps qui s'est écoulé depuis sa communication, divers auteurs sont venus pleinement confirmer les faits qu'il avait annoncés.

Digitized by Google

M. Béclère, notamment, à la *Société médicale des Hôpitaux*, le 16 janvier a donné 3 nouveaux résultats positifs obtenus par cette méthode. Il s'agissait de 3 ascitiques que l'on croyait atteints de cirrhose du foie (alcoolique, paludéenne et syphilitique), et chez lesquels l'inoscopie démontra qu'en réalité il s'agissait de tuberculeux.

M. Tuffier, à la *Société de Chirurgie* le 28 janvier dernier, a relaté l'observation de deux malades atteints d'hydrocèle typique, à liquide citrin, ne présentant aucun signe de tuberculose locale ou générale, et pour lesquels l'intégrité du testicule fut reconnue au cours de l'opération. L'examen inoscopique permit de déceler dans les 2 cas la présence du bacille de Koch dans le liquide épanché.

Ces observations tendraient donc à nous faire penser que le champ de la tuberculose des séreuses s'élargira de plus en plus.

Moi même, j'ai pu pratiquer la méthode de Jousset dans quelques cas et en apprécier l'utilité.

Le lendemain même du jour où la technique de Jousset parut dans la *Semaine Médicale*, ayant à ma disposition une vingtaine de cc. environ d'un liquide de pleurésie provenant d'un malade du service de M. le professeur Carrieu, liquide que j'avais recueilli en vue d'un séro-diagnostic d'Arloing-Courmont, je fabriquai du suc gastrique artificiel et appliquai le procédé de Jousset. Bien que je n'eusse opéré que sur une faible quantité de liquide épanché, vingt centimètres cubes au lieu des cent grammes minima que recommande d'employer Jousset, je n'eus pas de peine à constater dans mes préparations la présence du bacille de Koch. Je dois dire que le cyto-diagnostic de l'épanchement, pratiqué par M. le docteur Ardin-Delteil, avait montré l'existence d'une formule lymphocytaire et que le séro-diagnostic d'Arloing Courmont m'avait donné un résultat positif. Il y avait donc concordance parfaite entre ces trois moyens de diagnostic, qui venaient ainsi se contrôler les uns les autres.

J'ai eu également l'occasion d'appliquer, avec succès, la méthode de Jousset dans un cas d'hydrocèle, dont M. le professeur Forgue voulut bien mettre le liquide à ma disposition. Le testicule, que l'on enleva, présentait des lésions nettement tuberculeuses. Je parvins à déceler le bacille de Koch dans le liquide épanché, mais pas sans peine, je dois dire, car ce n'est qu'après plus de demi heure de recherches que je parvins à découvrir dans la préparation quelques bacilles de Koch, ne laissant place à aucun doute.

Digitized by Google

Par contre, dans un cas d'hydrocèle simple, provenant du service de M. le Professeur Tédenat, je n'ai pu réussir à déceler le bacille de Koch.

D'après tout ce qui précède, il semble donc que la méthode de Jousset soit appelée à rendre de grands services.

Néanmoins, il y aurait dans l'application de l'inoscopie une cause d'erreur dont il faudrait se défier ; c'est du moins ce que viennent de prétendre MM. Bezançon, Griffon et Philibert, dans la dernière séance de la société de biologie (6 février). On pourrait, en effet, observer dans les préparations, à côté de bacilles grêles, uniformément colorés ou granuleux, des bacilles plus épais, ayant parfois plus de 10 μ de long, souvent onduleux, pouvant prendre l'aspect de filaments, un peu moins résistants à la décoloration par les acides (garderaient leur coloration après action de l'acide sulfurique au 1/4, et non après celle de l'acide azotique au 1/3). Croyant qu'ils pouvaient avoir affaire à des bactéries de l'air, qui auraient contaminé les liquides examinés, les auteurs ci-dessus ont abandonné à la température des salles du laboratoire un bocal contenant un de ces épanchements pleuraux ; ils n'ont pas tardé à voir se développer à la surface du liquide un voile formé de bactéries diverses, et en particulier de bacilles filamenteux conservant la coloration de Ziehl après action de l'acide sulfurique au 1/4.

Ce fait a lieu de grandement nous étonner, et je crois qu'il paraît bon, jusqu'à plus ample informé, de ne l'accepter que sous réserve. Si les bacilles signalés par ces auteurs sont si fréquents dans l'air, la même cause d'erreur pourrait se retrouver dans l'examen des crachats.

Du reste, les faits signalés par Bezançon, Griffon et Philibert seraient-ils exacts, qu'ils n'entacheraient en rien la méthode de Jousset. Il y aurait lieu, tout simplement, de prendre un peu plus de précautions dans le prélèvement du liquide et dans les manipulations ultérieures qu'on lui fait subir.

Je crois donc que la méthode de Jousset est appelée à rendre de grands services dans l'établissement d'un diagnostic certain de tuberculose.

Il est vraiment remarquable de voir combien, depuis quelques années, le diagnostic de cette affection a été facilité Le cyto-diagnostic, le séro diagnostic, pour ne parler que de ces deux procédés d'investigation, sont venus prêter aux cliniciens un précieux concours pour l'établissement de ce diagnostic. Enfin la méthode

Digitized by Google

de Jousset pourra, dans beaucoup de cas, leur donner la certitude absolue.

Cette méthode, en effet, au point de vue certitude, est bien supérieure, soit au cyto-diagnostic, soit au séro-diagnostic. Ces deux dernières méthodes mettent à contribution simplement des réactions de l'organisme vis-à vis de l'agent infectant. Or, rien ne nous dit que ces réactions doivent être toujours rigoureusement spécifiques. C'est ainsi, par exemple, que la lymphocytose est un des modes de réaction de l'organisme vis-à-vis du bacille de Koch. Mais on sait, aujourd'hui, parfaitement que lymphocytose ne veut pas toujours dire tuberculose, et qu'on peut l'observer au cours de la plupart des processus chroniques. La constatation du bacille de Koch, au contraire, ne peut laisser de place au doute.

(A suivre).

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Conférences aux étudiants candidats à l'Ecole de service de santé militaire (1902-1903)

La Faculté de Médecine a institué, dans l'intérêt des étudiants candidats à l'Ecole de service de santé militaire, un ensemble de conférences annuelles faites cette année de la manière suivante :

Semestre d hiver. — Dans le semestre d'hiver, des leçons spéciales d'Anatomie et d'Histologie ont été faites sous la direction de MM. les professeurs Gilis et Vialleton, par M. Rouvière, prosecteur, et M. Edouard Grynfeltt, chef de travaux. Le soir, à 8 heures, salle n° 2, Anatomie les mardi et vendredi ; Histologie le jeudi matin, à 10 h. 1/2. Elles continueront au semestre suivant.

Semestre d'été. — Les leçons d'Allemand seront faites par M. Girard, professeur au lycée, le vendredi à 5 heures du soir, salle Chaptal.

Les leçons de Physiologie et de Chimie biologique seront faites par MM. Fleig, préparateur, et Derrien, chef de travaux, sous la direction de MM. les professeurs Hédon et Ville et de M Poujol, agrégé.

Physiologie : Le lundi à 8 h. 1/2 du soir, salle n° 2, Faculté.

Chimie biologique : Le samedi à 11 heures du matin. Institut.

Les conférences de Pathologie chirurgicale élémentaire et de Petite Chirurgie seront données par M. Rigaux, préparateur, sous la direction de M. Estor, professeur, mercredi et jeudi, 8 h. 1/2, salle n° 2, Faculté.

Les leçons de Pathologie générale et Séméiologie seront faites dans son cours par M. Raymond, professeur-agrégé, les mardi, jeudi, samedi, à 2 heures, salle n° 2.

L'Éditeur-Gérant : P. DELORD-BOEHM.

Montpellier. — Imprimerie DELORD-BOEHM ET MARTIAL.

Digitized by Google

N° 11 15 MARS 1903. TOME XVI

MONTPELLIER MÉDICAL

Journal Hebdomadaire paraissant tous les Dimanches

TRAITEMENT

DU

XANTHÉLASMA DES PAUPIÈRES PAR L'ÉLECTROLYSE

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

PAR

le Dr **Villard** médecin - oculiste

ET

le Dr **Bosc** médecin physicothérapeute

de Montpellier.

I

Dans un excellent article paru le 25 janvier 1902 [1] dans la *Clinique ophtalmologique,* M. le Dr Leplat (de Liège) rapporte deux cas de xanthélasma des paupières traités et guéris par l'électrolyse, et se déclare partisan résolu de ce mode nouveau de traitement dont il pose les indications.

La lecture de cette communication nous a engagés à publier, à notre tour, les recherches que nous poursuivons

[1] Il y a une douzaine d'années, Wende avait rapporté l'histoire de deux cas de xanthélasma traités, avec succès, par l'électrolyse. Mais son article avait passé inaperçu et ce mode de traitement du xanthélasma était complètement tombé dans l'oubli.

Wende. *Treatment of two cases of xanthoma by electrolysis. Med Press of Western New York,* sept. 1888.

Digitized by Google

sur le même sujet depuis près de quatre ans, et à relater la façon dont nous avons traité par l'électrolyse quatre personnes atteintes de xanthélasma des paupières.

La première de ces observations remonte au mois d'avril 1899 et date, par conséquent, de plus de trois ans et demi ; la seconde date du mois d'août 1899 (plus de trois ans) ; la troisième, du mois de décembre 1900 (deux ans), et la quatrième, du mois de septembre 1901 (quinze mois) [1].

Sans vouloir entrer dans des questions de priorité, nous ne pouvons nous empêcher, cependant, de faire remarquer que nos trois premières observations sont de beaucoup antérieures à celles du Dr Leplat, dont la plus ancienne date du mois de juin 1901. Si nous avons tardé aussi longtemps à les publier, c'est que, d'une part, nous voulions attendre d'avoir un certain nombre d'observations, et que, d'autre part, nous tenions à ne rédiger notre étude que sur des cas suivis pendant plusieurs années, afin de pouvoir indiquer quels sont les résultats éloignés, et par conséquent quelle est la valeur réelle de l'électrolyse dans le traitement du xanthélasma.

II

La technique que nous avons suivie diffère un peu de celle employée par le Dr Leplat et dont voici la description textuelle : « L'aiguille de platine était reliée à la cathode, l'autre pôle tenu en main par la patiente. Je faisais passer un courant de 2 à 4 milliampères suivant la sensibilité de la région. J'introduisais l'aiguille très obliquement dans le derme comme pour faire une injection intra-dermique de cocaïne, et la retirais lorsqu'elle était entourée d'un collier

[1] Notre quatrième cas est relatif à un homme ; nous croyons devoir signaler ce fait en raison de la rareté excessive du xanthélasma chez l'homme.

Digitized by Google

de mousse. Je fis neuf séances, pendant chacune desquelles je ponctionnais cinq ou six fois ».

Contrairement à ce qui a été fait par le Dr Leplat, qui électrolyse les tissus à l'aide d'une seule aiguille reliée au pôle négatif, et au moyen de piqûres multiples, nous avons presque toujours employé l'électrolyse pratiquée à l'aide de deux aiguilles ou électrolyse bipolaire, et d'un courant un peu plus puissant. L'avantage de ce procédé est d'obtenir, avec un nombre très restreint de piqûres, une électrolyse plus étendue et plus rapide, de telle sorte que, dans le cas où la plaque de xanthélasma est d'une étendue moyenne, une seule séance est suffisante.

Voici, d'ailleurs, dans tous ses détails, l'exposé de la technique que nous avons adoptée.

Instruments. Il faut avoir à sa disposition : deux aiguilles en platine ou en acier, d'un diamètre de sept dixièmes de millimètre, reliées chacune à un pôle différent ; un galvanomètre dont le modèle importe peu pourvu qu'il soit très juste et que sa graduation donne largement les milliampères (le nôtre était gradué en dixièmes de milliampères) ; un rhéostat ; une source d'électricité quelconque.

Au lieu de deux aiguilles séparées, il nous paraît préférable d'employer une aiguille double, c'est-à-dire composée de deux aiguilles accolées parallèlement en canon de fusil ; chacune de ces deux aiguilles est reliée à un pôle différent.

Manuel opératoire. Il est de toute nécessité de faire préalablement une injection intra-dermique de quelques gouttes d'une solution de cocaïne au 50e ou mieux au 100e. Dans la première de nos observations, cette précaution n'a pas été prise, aussi la douleur ressentie a-t-elle été très vive. Dans les trois autres cas cette injection ayant été faite, et cinq à six minutes s'étant écoulées avant que l'électrolyse ne soit commencée, la douleur a été *absolument nulle.*

Inutile d'ajouter que la peau et les aiguilles sont aseptisées.

Digitized by Google

Quand on procède en employant les deux aiguilles séparées, on enfonce successivement chacune d'elles dans le derme au niveau du xanthélasma, parallèlement à la surface de la peau, sur une longueur de dix millimètres au maximum. Quand on emploie l'aiguille double, cette introduction est faite de la même façon, mais plus rapidement puisque les deux aiguilles sont enfoncées simultanément.

Dès que les aiguilles sont bien en place, on fait passer le courant, en augmentant graduellement son intensité à l'aide d'un rhéostat, et on arrive jusqu'à 6 à 8 milliampères, que nous avons presque toujours atteints. Au bout de 2 à 4 minutes, on interrompt le courant en le ramenant doucement à zéro à l'aide du rhéostat.

D'ailleurs, au point de vue de la durée du passage du courant, on se laisse guider par l'étendue de la plaque à électrolyser et par le degré d'altération qu'elle subit.

Quand la plaque est petite et mesure, par exemple, 4 ou 5 millimètres de diamètre, une seule piqûre avec l'aiguille double est suffisante. Mais si la plaque est plus grande, il faut faire plusieurs piqûres dans la même séance. On divise la plaque en plusieurs segments que l'on électrolyse successivement. Si elle est d'étendue moyenne et de forme ovalaire, on peut la piquer et l'électrolyser tout d'abord suivant son grand axe, et immédiatement après suivant son petit axe. L'important est de ne rien négliger et de *dépasser même les limites du mal* ; sans cela on court le risque de laisser intacte sur les bords une petite portion de xanthélasma qui peut progresser dans la suite, ainsi que cela nous est arrivé chez plusieurs de nos opérés.

Dans le premier cas que nous avons eu à traiter, les plaques de xanthélasma étant très étendues et multiples, nous avons employé tout d'abord l'électrolyse bipôlaire avec l'aiguille double ; puis, dans une dernière séance, nous avons électrolysé quelques petits points disséminés à l'aide

Digitized by Google

de l'électrolyse monopôlaire : l'aiguille était reliée au pôle négatif, le pôle positif étant relié à une plaque métallique recouvrant un tampon humide appliqué sur le front de la patiente.

Modifications observées pendant l'électrolyse. Dès que le courant commence à passer, d'importantes modifications se produisent au niveau de la plaque de xanthélasma. La peau, qui était jaune, devient verdâtre et prend la teinte des fortes ecchymoses sous-cutanées en voie de résorption. En même temps elle se boursoufle, les couches superficielles étant soulevées par des gaz qui s'accumulent en amas irréguliers, ou font irruption en crépitant le long des aiguilles qui sont entourées d'un collier de mousse ou à travers les trous cutanés pratiqués par une première piqûre, faite quelques instants auparavant pour une première électrolyse.

Suites opératoires. Le pansement consiste tout simplement à enduire la peau avec un corps gras isolant quelconque.

La peau électrolysée forme une eschare comprenant les parties superficielles du derme et l'épiderme, qui tombe au bout d'un temps variable, de 8 à 15 jours après l'intervention.

Cette petite plaie se recouvre d'une croûte noirâtre qui tombe encore deux ou trois fois, suivant les cas, avant que la cicatrisation soit complète. Cette cicatrisation demande d'ordinaire trois semaines à un mois.

A ce moment, le xanthélasma a complètement disparu, et à sa place, il existe une petite cicatrice très légèrement blanche, plate, souple, à peine visible et se confondant assez bien avec la peau saine avoisinante. Le résultat immédiat est donc excellent, et les personnes traitées sont toutes très satisfaites. Mais il faut, avant le traitement, avoir bien soin de les avertir que la guérison demandera près d'un mois,

Digitized by Google

et surtout insister sur ce fait, que l'aspect des paupières, dans les premiers jours qui suivront l'électrolyse, sera beaucoup plus laid qu'il n'était avant toute intervention.

Résultats éloignés. — Nous venons de voir que le résultat immédiat du traitement du xanthélasma par l'électrolyse est excellent, et sur ce point, nos conclusions sont absolument conformes à celles auxquelles est arrivé le Dr Leplat. Il était intéressant de savoir si ce beau résultat se maintenait par la suite, un procédé thérapeutique n'étant réellement recommandable que si la guérison qu'il détermine reste définitive.

Nous nous sommes livrés à une enquête, afin de savoir ce qu'étaient devenus nos quatre opérés. Trois d'entre eux ont pu être revus (Observations I, III et IV); un d'eux nous a écrit pour nous donner des renseignements détaillés sur son état actuel (Observation II). Or, de ces réponses à notre questionnaire, ou des examens que nous avons faits avec la plus grande attention, il résulte que la guérison se maintient d'ordinaire, mais qu'elle n'est complète et définitive que si l'électrolyse a été effectuée dans certaines conditions bien déterminées. Les portions des plaques de xanthélasma qui ont été fortement électrolysées ne se reproduisent pas, et à leur place, il existe une cicatrice à peine visible, de teinte un peu plus blanche que la peau voisine, plate, souple, mobile, non rétractile, non adhérente, non douloureuse : la guérison est donc complète et définitive en ces points.

Mais sur les bords des anciennes plaques électrolysées, ou à côté d'elles, nous avons assez souvent observé l'existence de nouvelles plaques de xanthélasma. Ces récidives ne doivent pas être imputées à une insuffisance quelconque du traitement électrolytique; elles proviennent de ce que les bords des plaques n'ont pas été suffisamment atteints par le courant

Digitized by Google

électrique, de telle sorte que les éléments cellulaires constitutifs du xanthélasma n'ont pas tous été détruits, ou bien de ce que de petits points presque imperceptibles, placés à côté des grandes plaques, ont été négligés ou oubliés lors de l'intervention et ont progressé par la suite.

Les constatations que l'étude des résultats éloignés nous a permis de faire et que nous venons de relater nous démontrent que, pour éviter une récidive ultérieure, il est de toute nécessité de détruire tous les éléments du xanthélasma par l'emploi d'un courant électrique d'intensité suffisante, de dépasser largement les limites du mal, et de ne pas négliger le moindre point suspect. La guérison complète et définitive ne peut être obtenue que par l'observation rigoureuse de ces diverses conditions.

Conclusions : L'électrolyse est le traitement de choix de tous les cas de xanthélasma des paupières, quels que soient leur siège, leur nombre ou leur étendue, l'excision devenant le traitement d'exception. Elle n'entraine aucune perte de substance (l'escharre étant limitée aux couches superficielles de la peau), aucune déformation, et donne un résultat esthétique parfait. Grâce à la cocaïne, elle est absolument indolore. Enfin, condition essentielle, la guérison reste complète et définitive, à la condition toutefois que l'électrolyse ait atteint et détruit tous les points du xanthélasma et qu'elle ait même légèrement dépassé les limites de la néoplasie.

III

OBSERVATIONS

Observation I. — Mme Ph..., 55 ans, de Ganges (Hérault), vue pour la première fois, le 20 mars 1899.

Il existe, à la partie interne des quatre paupières, d'énormes plaques de xanthélasma, qui datent de plusieurs années. En raison de leur nombre et de leur étendue, on ne peut pas songer à les exciser,

Digitized by Google

ce qui entrainerait une perte de substance beaucoup trop grande ; nous proposons l'électrolyse.

18 avril 1899. — 1re *Séance*. Electrolyse bi polaire aux plaques des paupières supérieures, de beaucoup les plus grandes. De chaque côté, on fait passer un courant de 8 milliampères, pendant 3 minutes. Douleur excessivement vive.

25. — 2e *Séance*. Electrolyse bi-polaire des plaques siégeant aux paupières inférieures : à gauche 8 M. A., 3 minutes ; à droite 8 M. A , une minute. Douleur très vive.

16 mai. — 3e *Séance*. On complète l'électrolyse des plaques supérieures droite et gauche.

15 juin. — 4e *et dernière Séance*. On électrolyse quelques petits points qui avaient échappé lors des séances précédentes. On fait six piqûres avec une aiguille en platine reliée au pôle négatif, le pôle positif étant relié à une plaque appliquée sur le front. 3 à 4 M. A. ; de 30 secondes à une minute et demie pour chaque point.

16 novembre. Il n'y a plus trace de plaques jaunes La peau a son aspect normal ; il faut un examen très attentif pour déceler quelques légères cicatrices à peine visibles.

La malade est revue à la fin de l'année 1902. Il existe encore aux quatre paupières quelques plaques de xanthélasma, très petites et situées sur les bords des anciennes plaques. Les parties qui sont restées guéries ont un aspect normal. Malgré cette légère récidive, la malade se déclare enchantée du résultat obtenu, car les plaques actuelles sont à peine visibles et ne peuvent en rien être comparées aux énormes plaques que nous avons eu à soigner il y a plus de trois ans.

Observation II. — Mme G. 33 ans, de Thézan-lès-Béziers (Hérault), vue pour la première fois le 24 août 1899.

Il existe à la partie interne de la paupière inférieure droite une large plaque de xanthélasma de 2 centimètres de longueur sur 1 centimètre de largeur, apparue depuis moins de deux ans, à marche rapide.

26 août 1899. — Injection intradermique d'une solution de cocaïne au cinquantième. Au bout de 5 minutes, introduction de l'aiguille double en platine dans la moitié inféro-externe de la plaque ; 8 M. A , 2 minutes et demie. L'aiguille est retirée, puis introduite à nouveau dans la moitié supéro-interne de la plaque ; courant de 8 M. A. pendant deux minutes.

Digitized by Google

La douleur a été absolument nulle.

21 octobre 1902. — La malade nous écrit qu'il n'y a pas eu de récidive, que la peau est revenue à sa couleur naturelle, et qu'il est impossible de trouver trace du xanthélasma primitif.

Observation III. — Mme M.,, 37 ans, de Cournonsec (Hérault), vue pour la première fois le 23 décembre 1900.

Elle est atteinte, à la partie interne de la paupière gauche, d'un xanthélasma datant de près de deux ans ; la plaque mesure douze millimètres sur neuf millimètres.

24 décembre 1900. — Injection intra-dermique d'une solution de cocaïne au centième. Electrolyse avec l'aiguille double en platine, introduite tout d'abord suivant le grand diamètre de la plaque pendant quatre minutes, puis suivant le petit diamètre pendant 75 secondes. L'intensité du courant a toujours été de 8 M. A. La douleur a été absolument nulle.

15 décembre 1902. – Au niveau de l'ancienne plaque de xanthélasma existe une cicatrice légèrement blanchâtre, plate, fine, souple, invisible si on la regarde à une certaine distance. A côté de cette cicatrice on voit une petite plaque de xanthélasma de deux ou trois millimètres de côté, en majeure partie cachée par le pli palpébral. Il ne s'agit pas là d'une récidive, mais d'une partie de la tumeur non détruite par l'électrolyse, dont l'action a été trop limitée, et qui a continué à progresser lentement. Cette petite plaque insignifiante sera électrolysée incessamment.

Observation IV. — M. F... 35 ans, de Montpellier, est atteint à la partie interne de la paupière supérieure droite d'une petite plaque de xanthélasma de 3 millim. de diamètre, et à la partie interne de la paupière supérieure gauche d'une plaque de même nature de 14 millim. sur 6 millim. Ce xanthélasma date de 5 ou 6 ans au moins.

20 *septembre* 1901. Injection intradermique d'une solution de cocaïne au centième. A droite, électrolyse de la petite plaque de xanthélasma au moyen de l'aiguille double en platine; 6 M A.,2 minutes et demie. A gauche, la plaque étant plus grande, l'électrolyse a été faite en deux fois, au moyen de l'aiguille double, introduite tout d'abord dans la moitié externe pendant 3 minutes puis dans la moitié interne pendant 75 secondes. L'intensité du courant a été de 8 milliampères. Douleur absolument nulle. L'escharre produite

Digitized by Google

par l'électrolyse n'est tombée qu'au bout d'une dizaine de jours. Il s'est formé une croûte noirâtre qui est tombée à 3 reprises ; la cicatrisation a été définitive au bout d'un mois environ.

2 *avril* 1902. La guérison s'est maintenue. Sur l'emplacement du xanthélasma existent de petites cicatrices à peine un peu plus pâles que la peau voisine, planes, souples, mobiles. Le malade est enchanté du résultat obtenu. Le résultat esthétique est parfait.

3 *janvier* 1903. Il existe sur les bords des anciennes plaques de xanthélasma quelques petites taches jaunes caractéristiques qui proviennent de ce que le courant électrique a été insuffisant pour détruire en ces points les cellules xanthélasmiques, qui se sont multipliées par la suite. Malgré cela, le résultat esthétique est très bon, car ces plaques de xanthélasma sont très petites et à peine visibles.

AX-LES-THERMES

SES SOURCES MINÉRALES, SA THÉRAPEUTIQUE

PAR

Les **Docteurs V. AUPHAN**, ancien médecin-inspecteur et **G. Bouchet**, médecins consultants à Ax-les-Thermes.

(*Suite et fin.* — Voir nos 49, pag. 1209 (1902), 9 et 10 (1903), pag. 225 et 258.

§ III. — *Herpétisme*

Les eaux d'Ax ont été regardées à une certaine époque comme un véritable spécifique contre l'herpétisme. Aujourd'hui le nombre des malades de cette catégorie est certainement inférieur à ce qu'il était autrefois. C'est qu'en effet toutes nos sources ne conviennent pas indifféremment et au même titre à toutes sortes de lésions pouvant se rattacher à cette diathèse. Quelques stations thermales autres que les sulfureuses (La Bourboule, Avesnes, Saint-

Digitized by Google

Christau) sont venues depuis quelques années nous faire une utile concurrence. Il n'en est pas moins nécessaire de donner ici quelques indications.

Les maladies de la peau ne sont pas toutes liées à l'herpétisme : quelques-unes sont plutôt d'origine arthritique, et un assez grand nombre sont liées à la scrofule. Les premières sont évidemment *justiciables* des eaux d'Ax, et nous n'avons pas à entrer ici, à leur sujet, dans de grands développements ; nous nous occuperons des secondes en parlant de la scrofule.

La plus commune des herpétides est, sans contredit, *l'eczéma*, qui se montre sous les formes les plus diverses et que la médication alcaline sulfurée d'Ax modifie rapidement. S'il est dans la période d'augmentation et qu'il survienne des poussées à forme aiguë ou subaiguë, on doit d'abord employer les bains absolument désulfurés, additionnés même de substances émollientes ; puis, quand les premiers bains ont calmé cette excitation, on doit naturellement augmenter l'énergie du traitement, tout en choisissant de préférence les bains dont l'alcalinité est suffisamment élevée. Voici, du reste, l'échelle balnéaire progressive que l'on peut utiliser en pareil cas : bains Montmorency du Couloubret, bains numéros 1, 2, 3 9, 10 du Breuh, bains alcalins, bains hyposulfités du Modèle, bains du Mystère du Couloubret, et enfin bains Viguerie dans certains cas d'eczéma localisé et rebelle. Ce traitement balnéaire, dont on peut évidemment à volonté augmenter ou diminuer l'énergie, doit être aidé dans son action par la médication interne. Là, comme pour les bains, les buvettes alcalines ou alcalino-sulfureuses doivent être préférées. Dans quelques cas assez fréquents, les douches pulvérisées en coupe mobile peuvent aussi rendre de grands services.

Le prurigo, le lichen, le psoriasis, les diverses formes du pityriasis, l'ichthyose, le vitiligo sont plutôt justiciables d'eaux arsenicales ou cuivreuses. Ces diverses maladies n'en sont pas moins heureusement influencées par nos sections de bains les plus énergiques (bains du Mystère et bains Viguerie).

Digitized by Google

Mais, tout en accordant aux sources d'Ax, pour le traitement de l'eczéma, une préférence marquée et très justifiée par les résultats cliniques obtenus, nous devons reconnaître que pour toutes les autres manifestations cutanées de la diathèse herpétique, des eaux arsenicales, cuivreuses ou alcalines, doivent être souvent préférées.

§ IV. — *Scrofule.*

La scrofule proprement dite se manifeste de préférence à la peau, sur les membranes muqueuses, sur les ganglions lymphatiques ou le système osseux.

A la peau, elle se montre sous forme d'éruptions vésico-pustuleuses, squameuses, ulcéreuses, etc... L'eczéma impétigineux, l'impétigo, l'echthyma, guérissent promptement par les bains du *Bain Fort* au Couloubret, les bains de la galerie François du Modèle et plus particulièrement les bains *Viguerie* aidés des buvettes sulfureuses du Bain Fort, du Chapelet ou Saint-Roch à droite.

L'ichthyose, l'acné tuberculeux de la face, le lupus, subissent aussi une influence heureuse au moyen des mêmes bains aidés, suivant les cas, de douches pulvérisées en coupe mobile, de douches ordinaires ou de fomentations chaudes pratiquées avec l'eau de l'Etuve ou du Rossignol supérieur. Toutefois, reconnaissons, en passant, que les eaux chlorurées sodiques (Uriage, Salies-de-Béarn, etc.) seraient préférables pour ce dernier groupe.

Sur les membranes muqueuses, la scrofule se manifeste par des accidents à marche très lente, revêtant le caractère inflammatoire et ayant une tendance marquée à l'ulcération : la rhino-pharyngite, l'ozène, la kératite ulcéreuse, l'otite et l'otorrhée, les laryngites et les catarrhes pulmonaires.

Dans la plupart de ces manifestations, la cure sulfureuse d'Ax est de beaucoup supérieure à la cure par les bains de mer ou les eaux chlorurées sodiques. Il faut, toutefois, en excepter l'ozène confirmé avec destruction de certaines parties osseuses importantes des fosses nasales.

Digitized by Google

Sur les ganglions lymphatiques se produisent, sous l'influence de la diathèse scrofuleuse, des engorgements indolents, des ulcérations plus ou moins profondes, avec trajets fistuleux et suppurations interminables, contre lesquels nos bains sulfureux forts sont employés avec succès. Dans les cas où il n'existe que de l'engorgement, on doit préférer les bains de mer et les eaux salines. Au contraire, contre la forme ulcéreuse et suppurative il faut choisir les bains forts des divers établissements d'Ax et surtout le bain Viguerie.

Sur les parties solides, la scrofule produit l'inflammation du périoste et la nécrose consécutive, l'engorgement du tissu spongieux des extrémités des os longs, le ramollissement et la suppuration intra ou péri-articulaire, autrement dit la tumeur blanche dans ses diverses périodes (tuberculose des os). Les eaux sulfureuses d'Ax revendiquent le traitement exclusif de certaines périodes de l'évolution tuberculeuse des os. S'agit-il d'une périostite à son début, non suppurée mais pouvant s'exaspérer facilement ? S'agit-il encore d'une tumeur blanche qui commence (arthrite tuberculeuse au début) ? Aucune autre station ne peut être comparée à la nôtre, car, dans ces cas où les phénomènes inflammatoires dominent encore, nous pouvons, en atténuant au début la médication thermale, produire des effets sédatifs et fondants qu'il serait difficile d'obtenir ailleurs. Au contraire, si la maladie osseuse non suppurée est ancienne, indolore, sans réaction, en un mot si toute trace d'inflammation a complètement disparu, alors les bains de mer, les eaux chlorurées sodiques chaudes peuvent produire de bien meilleurs résultats.

Enfin, quand la tuberculose des os est arrivée à suppuration, qu'il existe un ou plusieurs trajets fistuleux ou des abcès ossifluents, les eaux sulfureuses d'Ax reprennent leur prépondérance, à condition d'être employées simultanément en boissons, en bains et en applications topiques.

En un mot, au début de la scrofule, dans ses manifestations légères et superficielles et dans les cas où des poussées inflammatoires pourraient se produire, les eaux sulfureuses d'Ax, à cause de leurs variétés, à cause aussi de leur mode spécial d'action, l'emportent de beaucoup sur les eaux sali-

Digitized by Google

nes chlorurées sodiques, qui sont, au contraire, préférables dans la période indolente, où il n'existe ni plaie, ni suppuration, ni trajet fistuleux. Enfin, nos sources sulfureuses retrouvent leur véritable application dans les cas où il existe des ulcérations, des trajets fistuleux et une suppuration abondante. C'est qu'alors elles excusent une action détersive manifeste, « abaissent et flétrissent les callosités d'ulcères fistuleux, facilitent la sortie du pus, le travail de la carie, l'élimination des séquestres, la fonte des masses tuberculeuses des os [1] », et, comme effet général, elles activent toutes les fonctions, augmentent la vitalité de nos tissus et de nos humeurs, et déterminent le remontement dont parle Bordeu.

Disons en passant que, grâce à l'air pur des montagnes, à l'action tonique spéciale de nos eaux sur les accidents superficiels de la diathèse qui nous occupe, de nombreux enfants lymphatiques, dont quelques-uns sont même entachés de scrofule, reviennent, chaque année, demander à notre station une reconstitution qui, nous osons l'affirmer, ne leur fait pas souvent défaut.

§ V. — *Maladies des appareils respiratoire et circulatoire*

Les considérations cliniques qui précèdent démontrent que le traitement d'Ax peut, en outre, être appliqué à un grand nombre d'états morbides qui, presque tous, du reste, ne sont que des manifestations particulières d'une des grandes diathèses dont nous venons de parler.

Les affections catarrhales, la rhinite, la rhinopharyngite, l'angine granuleuse ou tonsillaire, la bronchite chronique, l'asthme et l'emphysème, liés à l'herpétisme ou à l'arthritisme, trouvent dans la buvette Petite sulfureuse du Breilh ou dans celle du Coustou à droite des propriétés spéciales qui, aidées, suivant les cas, des douches pharyngiennes ou nasales, du humage et d'un traitement général approprié, produisent les meilleurs résultats.

Lorsque des phénomènes congestifs du côté des organes

[1] C. Alibert. — *Traité des Eaux d'Ax*, p. 163.

Digitized by Google

pulmonaires seraient à redouter, et dans certains cas assez fréquents de complications gastro-intestinales, les buvettes Pilhes ou Patissier doivent être préférées. Si ces affections étaient liées à un état scrofuleux, on pourrait, sans crainte, employer les buvettes plus énergiques du Bain Fort, du Chapelet et de St-Roch à droite, et rendre plus énergiques les autres moyens de traitement. Il est impossible de donner ici des détails plus complets, parce que chaque malade peut présenter des particularités importantes, nécessitant de nombreuses modifications, soit au début, soit au cours du traitement.

La tuberculose pulmonaire peut même être soignée à Ax, avec un succès presque assuré, quand elle est à son début et surtout quand il s'agit de la forme torpide localisée.

Les conditions atmosphériques que réalise le climat d'Ax sont très favorables à ce genre de maladie ; le traitement par les eaux exige toutefois de très grandes précautions. L'eau sulfureuse en boisson doit être souvent interdite. Les températures extrêmes dans les bains et douches seront soigneusement évitées.

L'étude des maladies du cœur a fait depuis quelques années de sérieux progrès. Liées à la plupart des affections diathésiques ou infectieuses, elles ne sont plus regardées comme étant d'une incurabilité absolue. Les résultats obtenus par la cure thermale dans les affections chroniques du centre circulatoire ont donné le plus grand essor à cette médication si utile, si merveilleusement efficace dans certains cas autrefois réputés dangereux.

Nos sources, alcalinisées par les silicates et les hyposulfites, ont aussi, comme on sait, une action sur le sang, qu'elles rendent à la fois plus pur et plus fluide, et secondairement sur le cœur et sur tout le système vasculaire.

L'insuffisance cardiaque occasionnée soit par un état diathésique particulier, soit par un surmenage quelconque, soit encore par des obstructions de voisinage, pulmonaires, hépatiques ou autres, est heureusement modifiée par le remontement que donne à Ax une cure bien conduite, à la condition toutefois que cette insuffisance ne soit pas radi-

Digitized by Google

cale. Les lésions valvulaires, de quelque nature qu'elles soient, l'artérite plus ou moins généralisée et surtout l'artério-sclérose, s'atténuent presque toujours et disparaissent même assez souvent.

Les lésions veineuses (phlébite, état variqueux) sont ici l'objet d'une cure toute spéciale, qui donne de fréquentes améliorations. Il n'est pas rare de voir disparaître après deux ou trois saisons des varices déjà anciennes, qui avaient pendant plusieurs années nécessité une contention sévère.

La plupart des maladies dont il vient d'être parlé (rhino-pharyngite, bronchite, emphysème, maladies du cœur et du système sanguin, scléroses diverses) sont rarement isolées, et on les trouve souvent groupées sur le même sujet, surtout chez les arthritiques. Dans ces cas complexes, le traitement d'Ax produit des effets rapides et surprenants.

§ VI. — *Maladies utérines*

Les catarrhes utérins, les métrites du col, les métrites parenchymateuses, les métrites hémorragiques, les engorgements et les exsudats périutérins consécutifs à des métro-salpingytes ou à des métro-péritonites d'origines diverses, pourvu que tout phénomène d'acuité ait disparu, trouvent à Ax une échelle thermo-sulfureuse vraiment remarquable. Voici par ordre progressif la série des bains habituellement employés dans les divers cas énoncés ci-dessus : bains Montmorency au Couloubret, bains des numéros 1, 2, 3, 9, 10 au Breilh, bains Alcalins au Modèle, bains Pilhes, Jeanne d'Albret et Bain Fort au Couloubret, enfin bains Viguerie au Teich. Les bains des trois premières sections agissent comme sédatifs, calmants et résolutifs, surtout additionnés de son ou d'amidon. Ils peuvent, dans certaines limites, suppléer avec avantage Ussat et Bagnères-de-Bigorre. Les bains Pilhes et surtout les bains Jeanne d'Albret, administrés courts (15 minutes) et à 34° centigr., correspondent comme action aux bains de Saint-Sauveur : ils paraissent toutefois moins agressifs. Ainsi, loin de déterminer des dysménorrhées con-

Digitized by Google

gestives, ils facilitent et régularisent le plus souvent l'écoulement menstruel ; ils exercent aussi une action éminemment fondante et résolutive sur les engorgements du col et les empâtements périovariques ou périutérins.

Les bains du Bain Fort et surtout les bains Viguerie conviennent plus particulièrement dans les affections utérines indolentes d'origine lymphatique.

Le traitement de ces affections peut être aidé suivant les cas par des irrigations utérines, chaudes ou tièdes, des bains de siège à eau courante et le massage abdominal. Il va sans dire que les douches générales sont des adjuvants utiles dans le traitement de la plupart de ces maladies.

§ VII. — *Affections syphilitiques, chlorose, anémie, traumatismes*

Il est important de signaler ici les résultats obtenus dans les accidents syphilitiques secondaires par une cure mixte convenablement dirigée. Après quarante années de pratique thermale, l'un de nous n'a pu constater aucun cas de récidive, quand les traitements ont été longtemps et vigoureusement conduits. Certaines sources d'Ax peuvent donc être regardées comme véritablement spécifiques. Cela ressort aussi, du reste, des nombreux travaux publiés par quelques médecins de la station, notamment M. Dresch.

— Les diverses formes de la chlorose et de l'anémie trouvent à Ax-les-Thermes toutes les conditions nécessaires de curabilité : air vivifiant et pur, imprégné d'aromes végétaux, alimentation tonique, moyens hydrothérapiques variés et, de plus, dans le voisinage de la ville une source ferrugineuse très fraîche et très abondante : — Terminons enfin cette énumération en affirmant combien est utile le traitement sulfureux d'Ax dans les traumatismes divers : vieilles blessures, entorses, fractures, luxations, etc... L'effet résolutif et détersif produit par certaines sources trouve fréquemment ici son application.

En résumé, les sources sulfurées sodiques alcalines d'Ax,

Digitized by Google

très nombreuses et très variées, présentent une véritable échelle thermale et sulfureuse qui les rend applicables au traitement d'un grand nombre d'états morbides, et par conséquent empêchera toujours leur spécialisation trop restreinte.

L'arthritisme, quels que soient les troubles qu'il occasionne, le rhumatisme et toutes ses manifestations, sont surtout justiciables de la cure d'Ax. Les maladies de la peau et en particulier l'eczéma et ses nombreuses variétés trouvent toujours à Ax une amélioration certaine et très souvent la guérison. Mieux que les bains de mer ou les chlorurées sodiques chaudes, nos eaux réussissent dans les formes les plus atténuées de la scrofule, dans les manifestations de début liées à un état inflammatoire, et enfin dans la scrofule suppurée ou ulcéreuse, même quand il s'agit de nécrose ou de carie osseuse. Les maladies de la gorge, des bronches, de la poitrine y trouvent des sources spéciales égales et quelquefois même supérieures aux sources sulfureuses les plus réputées. Certaines de nos eaux sont surtout indiquées dans les maladies du cœur et de l'appareil circulatoire, à condition que l'insuffisance cardiaque ne sera pas trop absolue, que les lésions scléreuses des vaisseaux sanguins ne seront pas trop avancées. Enfin, la cure par les eaux d'Ax des maladies utérines mérite d'attirer l'attention, soit à cause du voisinage d'Ussat, soit surtout à cause de la variété des bains qui permet d'augmenter ou d'atténuer, suivant les cas, l'énergie du traitement.

LE MOIS CHIRURGICAL

Société de Chirurgie. — Appendicite et suture de la rotule résument l'intérêt essentiel des travaux de février, d'importance inégale cependant, car l'une des questions est essentiellement clinique, du domaine courant, l'autre ressortit plus spécialement à la technique chirurgicale en ses détails.

Cette fois la discussion sur *l'appendicite* est close ! M. Broca prend une dernière fois la parole pour résumer la physionomie du débat en le comparant à celui qui eut lieu sur le même sujet

Digitized by Google

en 1899, et compte les forces de chaque camp. Le parti opportuniste est aujourd'hui en grande majorité; les radicaux modérés tendent à la concentration vers la droite et les intransigeants seuls adoptent la formule de M. Poirier : « Sous toutes ses formes et à tous ses degrés, l'appendicite aiguë doit être opérée le plus rapidement possible. » Parmi ceux-ci, MM. Poirier,, Segond, Chaput, restent fermes, et M. Championnière s'est joint à eux, seul transfuge de l'opportunisme. Par contre, les temporisateurs ont fait de nouvelles recrues: MM. Kirmisson, Michaux, Reclus, Potherat; MM Ricard, Schwartz, Lejars et Guinard, et même MM. Tuffier et Quénu tentent de plus en plus souvent le refroidissement. — En exposant ce dénombrement de l'armée ennemie, M. Broca avait oublié deux interventionnistes, MM. Picqué et Mignon, qui se déclarent aussitôt partisans de l'intervention hâtive, dès que le diagnostic est porté. — Enfin, la parole devait revenir à M. Legueu pour conclure par un dernier plaidoyer en faveur du traitement exclusivement chirurgical. Il rappelle les raisons d'agir : raison de principe (l'appendicite doit être traitée comme toute toxi-infection par la suppression du germe de la toxi-infection même) ; raison d'expérience (difficulté du diagnostic et du pronostic; peu de gravité de l'opération dans la première heure) ; enfin raison de sentiment (à quoi bon faire souffrir et immobiliser pendant longtemps avant d'opérer).— Puis M. Legueu résume les critiques qu'opposent les adversaires : erreurs de l'opération, ses inconvénients, sa gravité. Les statistiques qui étayent ces reproches ne prouvent qu'une chose : entre des mains très prudentes et sagaces, des appendicites de qualité variable peuvent être conduites au refroidissement ; mais la surveillance constante est nécessaire ; elle est parfois prise en défaut. — En résumé, en présence d'une appendicite aiguë de diagnostic certain, en présence d'une attaque qui n'est ni légère ni insignifiante, les interventionnistes pensent encore « que l'opération est la meilleure sauvegarde contre les accidents à venir ».

A côté de la suture longitudinale et du cerclage de la rotule, M. Quénu décrit deux nouveaux modes de contention qu'il a imaginés et vérifiés par l'expérimentation sur le cadavre ; ce sont la *suture transversale de la rotule* et l'*hémicerclage*, dont les noms sont suffisamment expressifs. — Cette communication entraîne une longue discussion. M. Championnière préfère la suture ordinaire, M. Lejars et M. Berger le cerclage. A ce propos, M. Berger insiste sur la nécessité d'une asepsie extrêmement rigoureuse, sinon l'intervention devient dangereuse, et mieux vaut recourir aux procédés anciens. A l'appui de ces dires, M. *Schwartz* communique un cas d'ankylose du genou consécutive à une longue suppuration. — MM. Routier Nimier déclarent avoir pratiqué depuis longtemps déjà, l'un la suture transversale, l'autre l'hémicerclage.

Citons encore deux cas de *pseudo-botryomycose humaine* communiqués par M. Picqué. Il s'agit en réalité de vulgaires angiomes relevant d'infections staphylococciques, et la botryomycose humaine vraie, si tant est qu'elle existe, doit être bien rare.

M. Pierre Delbet insiste sur l'excellent résultat d'une *prostatectomie périnéale*; la prostate avait son volume normal, il n'y avait pas de lobe moyen et l'ablation de l'organe a cependant fait cesser tous les accidents de prostatisme.

Digitized by Google

Enfin M. Tuffier a fait une étude générale des *oblitérations congénitales de l'intestin grêle* et de leur traitement à l'occasion d'une observation adressée par M. Letoux (de Vannes), puis il a présenté un procédé un peu spécial *d'anus contre nature* critiqué aussitôt par MM. Routier, Quénu, Schwartz et Walther.

M. Potherat cite le cas d'une femme devenue enceinte malgré l'existence de *kystes dermoïdes des deux ovaires*, et ce n'est pas là une observation isolée.

M. Routier présente les pièces d'une *Grossesse extra-utérine rompue*, à placenta en partie greffé sur l'épiploon, l'ovaire et la trompe rompus, et dont le moment de rupture fut impossible à diagnostiquer; inondation péritonéale, datant d'un mois; laparotomie; guérison.

Société d'Obstétrique de Paris. — Une discussion récente à la Société des sciences médicales de Montpellier au sujet des suites de la symphyséotomie rendra plus intéressants encore pour les lecteurs du *Montpellier médical* les *résultats lointains de la symphyséotomie* observés depuis 1898 à l'asile de Fontenay-aux-Roses par M. Tissier. Sur 20 femmes 4 sont indemnes, 10 ont des troubles fonctionnels très marqués : marche et troubles urinaires (10 incontinences d'urine, et cela sur 20 cas !).

A l'Académie des Sciences. — M Lannelongue a étudié la *tuberculose de la diaphyse des os longs des membres*. Plus fréquente de 8 à 15 ans, elle revêt deux formes : sous-périostée ou intramédullaire. Les injections avec : huile d'amandes douces 90 gr , éther 10 gr, iodoforme 10 gr., créosote 2 gr., dont on laisse dans la poche de l'abcès 30 à 40 gr., donnent de bons résultats. Il est souvent nécessaire de trépaner et curetter.

L'Académie de Médecine discute le plaidoyer de M. Reclus en faveur de l'*analgésie cocaïnique*; des accidents ont été observés, ils sont dus à l'ignorance des règles primordiales de son application et M. Reclus a opéré 7000 hernies, hémorroïdes, gastrotomies, appendicites, sans avoir à déplorer ni mort ni accident.

Dr J. A.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

Séance du 13 février 1903

(Suite et Fin)

M. Rimbaud — Puisque les bacilles tuberculeux ne sont pas détruits par cette méthode, il serait sans doute bon de faire des inoculations avec le culot obtenu, au lieu de se borner à rechercher le bacille.

M. Lagriffoul. — Plusieurs auteurs ont fait des inoculations avec le culot d'épanchements pleurétiques; ils ont obtenu des résultats positifs dans 90 °/₀ des cas.

Digitized by Google

M. Vedel. — Il semble bien que les bacilles soient atteints dans leur vitalité par le procédé de Jousset, puisqu'ils se laissent plus facilement décolorer par les acides : leur capsule a été attaquée.

D'autre part, il importe de bien insister sur deux points : 1° comme avec tous les procédés de recherche de bacilles, un résultat négatif ne permettra pas d'éliminer le diagnostic de tuberculose ; 2° il sera toujours bon de contrôler l'un par l'autre les divers moyens que nous possédons aujourd'hui pour le diagnostic de la tuberculose : cytodiagnostic, séro-réaction d'Arloing et Courmont, recherche du bacille par le procédé de Jousset.

M. Lagriffoul. — Pour le liquide pleurétique où il a trouvé des bacilles de Koch par le procédé de Jousset, la séro-réaction avait été positive et l'examen cytologique avait montré à M. Ardin-Delteil une lymphocytose très nette.

Un incident d'anesthésie

Par M. Rimbaud

Il y a quelques semaines, M. le professeur Forgue opérait une fillette de cinq ans, de pointe de hernie due à une persistance du canal de Nück. Brusquement, l'enfant anesthésiée à l'éther entre en syncope respiratoire : l'anesthésieur introduit ses doigts dans la bouche de l'enfant et en retire le volumineux ascaris lombricoïde que nous vous présentons ici.

Il nous a paru intéressant de signaler ce fait : la présence de ce ver intestinal dans la cavité buccale paraît avoir été déterminée par un effort de vomissement : le parasite, sans doute sous l'action de l'anesthésique, s'est laissé chasser dans l'estomac, puis par l'œsophage dans la bouche. Il aurait pu, en pénétrant dans les voies respiratoires devenir une cause de suffocation grave, peut-être même d'asphyxie

Dans les syncopes respiratoires pendant l'anesthésie, surtout chez l'enfant, pensons au lombric !

Artères visibles en radiographie, par le Dr Abadie (paraîtra ultérieurement).

Paralysie faciale par toxémie gravidique sans albuminurie. Eclampsie à 8 mois. Naissance à terme d'un enfant vivant.

Par le Dr Guérin-Valmale

Mme P. R., âgée de 16 ans et 10 mois, née à Nimes et habitant actuellement Montpellier, n'a jamais eu de maladie grave ; à peine signale-t on une rougeole dans son enfance et une forte grippe vers 12 ou 13 ans. Son père, atteint d'une cirrhose hépatique, mourut jeune d'une congestion cérébrale, rien autre n'est à noter dans ses antécédents familiaux.

Réglée à 10 ans et fort bien depuis, elle se maria à 16 ans et 2 mois et devint grosse immédiatement.

Ses dernières règles dataient du 10 septembre, le début de la

Digitized by Google

grossesse ne fut nullement pénible. Il n'y eut à noter qu'une constipation opiniâtre qui persista jusqu'à la fin. Ni céphalée, ni troubles de la vue, ni épigastralgie.

Le 11 mai (à 7 mois 3/4 de grossesse), la gestante, ayant travaillé toute la matinée chez elle à «quatre pattes» sur le parquet, s'aperçut le soir au dîner que sa bouche se déviait un peu à gauche.

Durant la nuit le phénomène s'accentua et le 12 au matin, en se levant, elle avait toute la moitié droite de la face paralysée. Les traits étaient déviés à gauche, les plis à droite effacés depuis le menton jusqu'aux cheveux. Elle ne riait que du côté gauche, ne pouvait siffler, mais ne fumait cependant pas la pipe.

Appelé alors auprès d'elle, je me trouvai en présence d'une grande et forte femme à laquelle on eût volontiers donné 25 ans; sa face était un peu bouffie, et, chose curieuse, il existait un gonflement très marqué du nez que l'on me dit avoir débuté depuis plus d'un mois et qui avait augmenté depuis, au point de rendre disgracieux et un peu ridicule un visage jadis joli. Je constatai en même temps l'hémi-paralysie faciale du côté droit qui avait frappé la malade. Le nerf facial était paralysé en entier aussi bien dans le facial inférieur que dans le facial supérieur ce dernier peut-être un peu moins cependant. L'orbiculaire fermait l'œil, mais ne résistait pas au doigt; le frontal était inerte. La paralysie n'était nulle part absolue, mais c'était une très forte parésie. P. : 84; T. : 36.2.

Je constatai, en outre, une grossesse de près de 8 mois avec enfant vivant en OIDP, tête déjà engagée.

Les urines, sérieusement examinées par moi-même, ne contenaient pas trace d'albumine.

La malade fut aussitôt soumise au régime lacté absolu, lavements purgatifs, bottes sinapisées; l'état resta le même, et comme elle ne souffrait de nulle part la gestante continua à vaquer à ses affaires dans sa maison.

Le 17 mai, six jours après l'apparition de la paralysie, la malade venait de s'asseoir sur un fauteuil quand elle fut brusquement prise d'une syncope avec convulsions des yeux, de la face, puis des membres; en somme une *petite crise d'éclampsie* qui fut suivie d'un court sommeil avec stertor et d'une assez longue période de somnolence.

Après cette crise il parut y avoir durant quelques heures un peu d'hémi-parésie de tout le côté droit, mais elle disparut dans la soirée; la paralysie faciale resta plus complète qu'auparavant, et seul l'orbiculaire jouissait de quelques mouvements, encore y avait il de la lagophthalmie. La langue n'était pas déviée, la luette légèrement. Pas d'hyperacousie, pas de troubles gustatifs La malade urina plusieurs fois dans la journée.

En interrogeant l'entourage, j'appris que depuis deux jours, à mon insu, il y avait eu quelque alimentation solide mêlée au lait. En outre, *les urines* qui examinées chaque jour n'avaient rien révélé jusque-là, *renfermaient ce jour-là des traces d albumine qui persistèrent encore* 10 *jours*. Régime lacté absolu.

Durant les jours suivants il n'y eut rien à noter si ce n'est quelquefois la sensation de doigt mort, puis peu à peu tout s'amenda et en moins de quinze jours la paralysie faciale avait complètement disparu; la bouffissure de la face et du nez en particulier persista jusqu'à la fin de la grossesse.

Digitized by Google

Le 20 juin, la malade ressentit les premières douleurs du travail; l'enfant était vivant en OIDP engagée. Les douleurs furent médiocres, la dilatation alla lentement jusqu'à 5 francs; durant la journée du 24 elle fit très peu de progrès, les contractions allant en s'espaçant, puis elles cessèrent tout à fait. Enfin, le 22, matin, je pratiquai la dilatation manuelle, l'enfant avait rendu son méconium. J'en fis rapidement l'extraction au forceps; il présentait deux circulaires du cou.

C'était un petit garçon de 2200 grammes, né en état de mort apparente, mais, grâce à la respiration artificielle, je le ranimai, et malgré son aspect chétif et misérable cet enfant s'éleva admirablement au sein maternel.

Le placenta, petit, ratatiné, bourré de noyaux fibrineux, avait bien l'aspect typique du placenta albuminurique. Le cordon grêle mesurait 1 m. 20.

Quant à la mère, elle se remit rapidément et ne conserva absolument rien, ni de sa paralysie faciale, ni de sa disgracieuse bouffissure

Cette observation m'a paru présenter quelque intérêt en raison des considérations auxquelles nous sommes amenés si nous voulons comprendre la pathogénie des accidents et des symptômes signalés.

Cette paralysie faciale survenant vers la fin d'une grossesse pouvait provenir de nombreuses lésions siégeant en des points très divers. J'avoue que, dès le début des accidents, je pensai à une paralysie d'origine périphérique; les deux branches du facial étaient intéressées (facial supérieur et facial inférieur) et ce me paraissait une raison suffisante; mais je dus revenir sur mon opinion; la régression assez rapide des accidents et l'association avec une hémi-parésie, fugace il est vrai, mais réelle, me donnèrent à penser à une origine centrale et même corticale. Cette localisation expliquerait fort bien que les deux centres corticaux du facial, très voisins, fussent pris simultanément, elle va parfaitement aussi avec l'hémi-parésie observée par extension aux régions plus élevées des berges Rolandiques de la lésion primitivement localisée à leur base; enfin on comprend ainsi la rapide guérison des phénomènes paralytiques.

La lésion a donc été corticale. Mais quelle fut cette lésion, s'agirait-il d'une simple congestion! Je ne le pense pas, les phénomènes ont pour cela marché d'une façon un peu lente, tant pour leur production que pour leur disparition. Y eut-il thrombose ou hémorragie? je ne le crois pas davantage, la guérison eût été plus lente et la *restitutio ad integrum* n'eût très probablement pas été aussi parfaite. Alors à quoi donc penser? Il nous semble qu'il s'agit là d'un de ces cas aujourd'hui étudiés de toxémie qui, frappant la cellule nerveuse, l'annihilent pour quelque temps sans cependant détruire les tissus et permettent ainsi la guérison parfaite quand l'action du toxique cesse de se faire sentir. Il y a donc eu là une toxémie dont l'action s'est localisée d'abord sur les centres du facial et s'est étendue durant quelques heures sur toute la région Rolandique un jour d'aggravation.

Mais il n'est pas moins curieux de constater que, s'il y eut toxémie,

Digitized by Google

ce fut avec bien peu de ces signes que nous sommes habitués à trouver dans l'intoxication gravidique. Peu ou pas de céphalée, peu ou pas d'œdème des membres, pas de vomissements, pas d'épigastralgie, pas de troubles visuels, pas d'albuminurie, nous ne trouvons qu'une constipation opiniâtre et de la bouffissure du visage. Et cependant, nous devons admettre qu'il y eut bien toxémie, car deux sortes de preuves le démontrent, d'une part l'évolution clinique nous fait voir après le début des accidents, sous l'influence du régime lacté, un temps d'arrêt dans l'intoxication ; après un écart de régime, surviennent aussitôt l'éclampsie, l'hémi-parésie, des traces d'albuminurie Au point de vue anatomique d'autre part, l'aspect de l enfant à sa naissance, et surtout celui du placenta, petit, rataliné, truffé de nombreux noyaux fibrineux, ont une valeur démonstrative, et nous obligent à admettre une toxémie sérieuse.

Reste enfin à rechercher l'origine et la cause de cette toxémie. Il n'y eut aucun signe d'insuffisance rénale et rien ne peut nous faire supposer que les reins aient été en cause au début. S ils furent peut-être un peu touchés dans la suite, leur lésion paraît secondaire à l intoxication et non causale. Aucun autre organe important ne paraît lésé, les poumons, le cœur, le corps thyroïde, tout était normal, force nous est donc, par exclusion, d'admettre une lésion du foie, et c'est ici le moment de rappeler cette constipation opiniâtre qui devait verser dans l'organisme d'abondantes toxines.

Dans cette constipation chez une femme grosse, dans cette insuffisance gravido-hépatique nous devons trouver la cause de l intoxication et l'origine de tous les phénomènes qui furent observés chez cette malade. Le traitement en fut bien simple, et comme dans tous les cas analogues, où l'auto-intoxication joue le plus grand rôle, il se résuma dans le régime lacté absolu. La continuation de la grossesse, la disparition des accidents, la naissance d'un enfant vivant et à terme, tels en furent les heureux résultats.

M. Vedel.— Il est en effet très vraisemblable qu'il s'agissait d'une paralysie toxique, et c'était une paralysie d'origine corticale puisque la malade pouvait fermer son œil.

NOUVELLES

Le mercredi 11 mars, a eu lieu à la salle des Concerts une conférence sous les auspices de la Ligue contre la mortalité infantile. Cette conférence a été faite par M. le Dr Henri de Rothschild, sur le rôle et le fonctionnement de l'œuvre des gouttes de lait.

—

Le 3me Congrès de Thalassothérapie (cure marine), sous la Présidence d'Honneur de M. le Ministre de l'Instruction Publique et sous la présidence effective de M. le Docteur Albert Robin, s'ouvrira à Biarritz le 19 Avril prochain.

L'Éditeur-Gérant : P. DELORD-BOEHM.

Montpellier. — Imprimerie DELORD-BOEHM ET MARTIAL.

Digitized by Google

N° 12 22 MARS 1903. TOME XVI

MONTPELLIER MÉDICAL

Journal Hebdomadaire paraissant tous les Dimanches

L'ALCOOL ALIMENT

D'APRÈS DES EXPÉRIENCES RÉCENTES

Par E. HÉDON [1]

(Conférence faite le 19 Février 1903 à la Société d'Enseignement populaire de Montpellier)

La question que je dois traiter devant vous — sur la demande de mon collègue le professeur Planchon, que je veux remercier tout d'abord pour la pensée qu'il a eue de me confier une tâche agréable à remplir, — la question de l'alcool-aliment est, semble-t-il, toute d'actualité. Du moins, depuis quelque temps, elle fait un bruit énorme. Beaucoup s'étaient, en effet, peu à peu habitués à ne considérer l'alcool que comme un poison et à négliger complètement sa valeur alimentaire, lorsque M. Duclaux, s'appuyant sur les travaux récents de physiologistes américains, est venu, d'un coup de gong, nous faire sursauter et troubler notre quiétude. L'al-

[1] En donnant cette conférence à l'impression, je n'ai pas cru devoir modifier la forme élémentaire et la tournure de vulgarisation que j'ai essayé de lui donner pour rendre intelligibles au public auquel je m'adressais des notions scientifiques passablement ardues. Mais j'ai pensé qu'il ne serait ni déplacé, ni superflu, d'ajouter ici quelques documents et chiffres à l'appui de certaines affirmations un peu trop générales ou vagues. Ces additions seront faites en note et indiquées par des renvois dans le texte.

Digitized by Google

cool, dit-il, est un aliment au même titre que les féculents et les graisses ; dans le nombre des aliments ternaires, il est même aux premiers rangs de la liste, et nous devons lui faire des excuses pour la façon dont nous l'avons traité jusqu'ici [1].

Là dessus, polémiques, discussions ; un flot d'encre déborde des journaux scientifiques dans la grande presse ; les crayons et les fusains eux-mêmes s'en mêlent, et la question excite la verve des caricaturistes. Les Sociétés antialcooliques s'émeuvent et nous demandent en consultation. Faire des excuses à l'alcool ! Voilà qui est un peu raide, quand, au contraire, nous pensons que ce n'est pas assez des efforts réunis de tous les hommes éclairés, pour lui faire la guerre.

On comprend donc l'indignation suscitée par l'article de M. Duclaux chez certains médecins qui sont et qui restent hostiles à l'alcool, et surtout dans les milieux où l'on a entrepris la noble tâche de combattre le fléau de l'alcoolisme. Il semble, en effet, que l'œuvre et l'enseignement des Sociétés antialcooliques ou de tempérance subissent une grave atteinte de paroles tombant d'une bouche si autorisée. En réalité, il n'en est rien. En tronquant un écrit, choisissant les phrases et en les associant d'une certaine manière, on peut faire dire à l'auteur tout le contraire de sa pensée. Je crains bien qu'on n'ait usé de ce procédé avec M. Duclaux, dans certains commentaires qu'on a faits de son article. Car prenons l'article original, et lisons-le jusqu'au bout ; après avoir dit que nous devions une réhabilitation à l'alcool, M. Duclaux ajoute : « L'ivresse qu'il donne? je sais bien, c'est le côté fâcheux. Un aliment placé à un si bon rang et qui arrive si facilement dans les tissus, a les inconvénients de ses avantages ». Et sa conclusion est : Usez, n'abusez pas.

[1] *Annales de l'Institut Pasteur*, n° 11, 25 nov. 1902. Revue critique des travaux de MM. Atwater et Benedict, notamment le mémoire intitulé : Nouvelles études concernant la valeur nutritive de l'alcool (inséré dans *Mémoires de l'Académie des Sciences de Washington*, t. VIII, 1902).

Digitized by Google

Par conséquent, M. Duclaux ne nie point l'action toxique de l'alcool ; et qui pourrait la nier ? L'alcool est un aliment, soit ; mais c'est aussi un poison. Comment cela ? Une même substance peut donc être, suivant les cas, aliment et poison ; un poison peut avoir les qualités d'un aliment ? Oui, sans doute, et c'est là qu'est le nœud de la question. C'est faute de s'entendre sur les termes que les discussions s'éternisent, alimentées elles aussi par l'équivoque. Il importe donc, avant d'aller plus loin, de définir ce qu'est un aliment et d'établir les conditions d'une bonne alimentation pour l'homme. Cela fait, nous rechercherons si l'alcool peut entrer dans la définition et remplir les fonctions d'un aliment véritable.

Mais, avant d'entrer dans le vif du sujet, je voudrais encore dire quelque chose que j'ai sur le cœur depuis qu'on vous rebat les oreilles de cet alcool-aliment. M. Duclaux, dans son article, a l'air de considérer que les auteurs américains dont il analyse le mémoire, sont les premiers à avoir travaillé cette question. « La science, dit-il, n'avait pas étudié cette question ». Voilà, à mon avis, une grande exagération et une grande injustice, et c'est la seule phrase que je trouve critiquable dans l'article de M. Duclaux, car, pour ce qui est des excuses à faire à l'alcool, je ne me trouve point personnellement gêné, n'ayant jamais fait grand tort à ce personnage. En réalité, MM. Atwater et Benedict (ce sont les noms des auteurs américains ont démontré d'une façon plus rigoureuse que cela n'avait été fait jusqu'ici la valeur alimentaire de l'alcool ; mais est-ce une raison pour faire table rase de tout le labeur qui a été dépensé avant eux ? La question n'est pas neuve ; je dirai seulement qu'en ce moment-ci, elle revient à la mode ; car il en est des questions scientifiques comme des chapeaux ; elles passent de mode, puis redeviennent un beau jour d'actualité. Il y a plus de 40 ans, des physiologistes avaient de l'alcool une opinion

Digitized by Google

parfaitement orthodoxe, et rangeaient l'alcool parmi les substances alimentaires, pour des raisons on ne peut mieux fondées et que M. Duclaux ne désavouerait pas [1].

Cela dit, pour me débarrasser d'un point qui me gênait et même, l'avouerai-je, m'agaçait un peu, je reviens à mon sujet. Supposez donc que nous discutions sur cette question : l'alcool est-il un aliment? et qu'après avoir beaucoup parlé sans nous entendre (comme c'est la règle dans la plupart des discussions) quelqu'un vienne me dire : « Mais d'abord, qu'est-ce qu'un aliment? » En entendant cette question, je suis obligé de reconnaître que celui qui la pose est un homme de bon sens et d'esprit méthodique qui veut préciser les données du problème à résoudre. Mais cela n'empêche que je suis désagréablement interloqué. On me demande en effet la définition d'un mot d'usage courant, dont le sens est, semble-t-il, parfaitement clair, c'est-à-dire une chose très difficile. Oui, cela paraît étrange, ce sont les mots qu'on emploie tous les jours, à chaque instant, sur le sens desquels on s'entend le mieux, ce sont ces mots dont il est le plus difficile de donner une définition correcte, une définition scientifique, complète, une définition enfin qui contente tout le monde et son père. Le croiriez-vous? Des savants comme Cl. Bernard ont complètement renoncé à définir le mot aliment et à faire la distinction entre aliment et poison !

[1] Par exemple, ouvrons le *Traité de Physiologie* de Longet, ouvrage classique écrit en 1857, nous y voyons (p. 66) que la nature alimentaire de l'alcool n'est point méconnue. « L'alcool, sauf une proportion indéterminée qui s'échappe en vapeur par les voies aériennes, est détruit en totalité par l'oxygène dans le torrent circulatoire; il est définitivement amené à l'état minéral et exhalé sous la forme ultime d'acide carbonique et d'eau.... De tous les *aliments de respiration*, l'alcool est celui qui agit avec le plus de promptitude, sinon avec le plus d'intensité : comme aliment de cette sorte, *il occupe donc un rang distingué*. Aussi son ingestion peut-elle *compenser, jusqu'à un certain point, l'usage des matières amylacées et des matières grasses* ». Cette dernière affirmation, que je souligne, est basée sur des observations de Liebig, qui seront mentionnées plus loin.

Digitized by Google

J'entends alors mon antagoniste, bonne âme qui compatit à la gêne dans laquelle il m'a mis, retirer son interpellation et me dire : « Puisque tout le monde s'accorde sur le sens du mot aliment, alors inutile de préciser ; passons. » Hélas non ! je ne puis profiter de l'autorisation. S'il s'agissait de pain, de viande, de choux ou de navets, je ne m'en ferais pas scrupule, mais il s'agit ici d'un corps à l'allure douteuse, à la mine suspecte, et voilà pourquoi, en le considérant, nous sommes tout étonnés d'en arriver à cette extrémité, d'être obligés d'ouvrir un dictionnaire pour pouvoir nous comprendre.

Eh bien ! elles ne sont pas fameuses les définitions des dictionnaires ; autant vaut ne pas en parler. Il y en a de trop compliquées qui ne feraient que nous embrouiller ; il y en a de trop simples qui ne signifient rien. Ainsi, dire que l'aliment est ce qui *nourrit*, est insuffisant, car c'est précisément ce mot nourrir qu'il s'agit d'expliquer. Mais peut-être l'embarras que l'on éprouve à définir ce mot vient-il de ce qu'il n'est pas possible de caractériser l'aliment en deux ou trois lignes (et une bonne définition, vous le savez, doit être courte). Je profiterai donc de votre indulgence pour esquiver cette difficulté, et, au lieu d'une définition en règle, c'est plutôt une explication sur la nature et les caractères des aliments que je vais vous donner.

Notre corps, il est presque superflu de le rappeler, est une machine qui produit de la chaleur et du travail. Du travail, direz-vous, pas toujours, il y a des gens qui ne font rien ! C'est vrai, et on peut le leur reprocher ; mais cependant il faut leur concéder qu'ils travaillent quand même, malgré eux. Le cœur ne se contracte-t-il pas régulièrement chez le fainéant comme chez le laborieux ? Les mâchoires ne se meuvent-elles pas pour écraser les aliments ? Or, tout cela est du travail mécanique, au sens physiologique. Le travail

Digitized by Google

intellectuel est aussi du travail, quoiqu'il n'apparaisse pas à l'extérieur de notre corps d'une façon aussi tangible que le travail mécanique. Or, pour produire cette chaleur et ce travail, la machine animale doit, comme la machine à vapeur, recevoir du combustible ; ce combustible est dans nos aliments. La chaleur, le travail, sont des manifestations de ce qu'on appelle l'*énergie*, et cette énergie, notre machine humaine ne la crée pas, elle ne fait que l'emprunter aux aliments, où elle se trouve à l'état caché, latent. Cette énergie cachée devient libre et apparente par la combustion, c'est-à-dire par la combinaison de l'oxygène de l'air, que nous respirons, avec le *charbon*, l'*hydrogène* et l'*azote* de nos aliments. En d'autres termes, c'est en brûlant que le charbon transforme son énergie cachée en énergie apparente, parfaitement apparente celle-là, il suffit d'approcher le doigt pour s'en convaincre [1].

Voici donc une partie de notre définition : *les aliments sont des substances qui fournissent à notre corps des matériaux de combustion, et par là de l'énergie.*

Mais la définition n'est pas ainsi complète. Notre machine animale possède une propriété que n'a aucune machine construite de la main des hommes; c'est celle de pouvoir réparer d'elle-même continuellement son usure, c'est aussi celle de se développer, de grossir jusqu'à une certaine taille et un certain volume, et tout cela grâce encore aux aliments. D'ailleurs, les organes de cette machine ne sont pas construits avec autre chose que ce que nous venons d'indiquer comme combustible. Notre corps est un bloc de charbon, d'hydrogène et d'azote qui brûle et se répare sans cesse. Tous les rouages, tous les organes de cette machine sont en charbon, et ce n'est pas un foyer spécial qui reçoit le charbon

[1] En langage scientifique, l'énergie *potentielle* des aliments est transformée par l'oxydation du carbone, de l'hydrogène et de l'azote, en énergie *actuelle* ou *cinétique* (chaleur, travail).

Digitized by Google

réparateur, mais bien toutes les parties de la machine. Le feu est partout, et c'est la machine elle-même qui brûle!

Par conséquent, nous devons encore dire dans notre définition : *les aliments sont aussi des substances qui fournissent à notre corps des matériaux de réparation et d'accroissement*[1].

Du *charbon* (ou *carbone*), de l'*hydrogène*, de l'*oxygène* et de l'*azote*, voilà, avec un peu de soufre et de phosphore, les principaux éléments qui constituent nos tissus, et que doivent nous procurer par conséquent nos aliments (Je ne parle que des aliments organiques, car les aliments minéraux, comme le sel, la chaux, le fer, ne sont pas ici en cause).

Ce n'est, bien entendu, ni du charbon, ni de l'hydrogène, ni de l'azote en nature que nous absorbons, mais bien des substances qui contiennent ces éléments. Il n'y a d'exception que pour l'oxygène, dont la plus grande part nous arrive en nature par la respiration. Nos poumons, c'est-à-dire le soufflet de la machine, attirent l'air dans leur intérieur et dirigent l'oxygène sur le feu. Mais le charbon, l'hydrogène et l'azote nous sont donnés par les aliments solides et liquides que nous introduisons dans notre tube digestif.

Sous quelles espèces chimiques se trouvent maintenant ces corps simples dans les aliments que nous ingérons journellement?

Il y a deux catégories de substances alimentaires absolument tranchées. La première ne contient que trois éléments sur les quatre que nous avons reconnus nécessaires. L'azote

[1] Aux deux parties de la définition semblent correspondre les deux catégories d'aliments qu'autrefois Liebig a cru pouvoir admettre : les aliments respiratoires et les aliments plastiques. Mais en réalité il n'en est rien, et il faut bien se garder de tomber dans cette erreur. La classification de Liebig n'est pas acceptable, car les aliments dits plastiques ne servent pas seulement à la rénovation de la matière et à la production de la force, comme le pensait Liebig ; ils servent aussi aux combustions respiratoires, et inversement les aliments dits respiratoires peuvent être aussi des aliments plastiques.

Digitized by Google

fait défaut, et il n'y a donc que du charbon, de l'hydrogène et de l'oxygène. Les substances de cette catégorie sont pour cela appelées *aliments ternaires ou non azotés*. Elles comprennent elles-mêmes deux groupes : les *graisses* d'une part, et les matières *féculentes* et *sucrées* d'autre part. La seconde catégorie contient les quatre éléments C. H. O. Az; aussi les aliments de cette sorte sont-ils parfois appelés *quaternaires*. Mais leur nom le plus usité est celui de matières *albuminoïdes* ou *protéiques*[1]. Le blanc d'œuf, la chair musculaire, sont presque exclusivement composés de protéiques.

Il va sans dire que les substances que nous mangeons ne sont pas le plus souvent de ces aliments simples, mais des aliments complexes, c'est-à-dire des substances contenant en proportion variée ces aliments simples. Ce que nous mangeons, c'est du pain, de la viande, des œufs, du lait, etc. Mais dans ce pain, cette viande, ces œufs, comme dans n'importe quel autre aliment, l'analyse nous montre toujours trois espèces alimentaires, des *matières protéiques*, des *matières grasses* et des *matières féculentes ou sucrées*[2].

Eh bien! maintenant, faisons comparaître l'alcool et examinons-le d'un œil sévère, comme un accusé. Contient-il les éléments nécessaires pour prétendre au titre d'aliment? Du charbon! Il en a; lorsqu'on l'allume, il brûle en produisant de l'acide carbonique, et si on écrase sa flamme avec le fond de la casserole, il peut former à la longue une

[1] Le terme de quaternaire est en effet assez impropre, car les substances de cette catégorie contiennent en réalité un cinquième élément, le soufre, et certaines un sixième, le phosphore en combinaison organique. Le mot albuminoïde a l'avantage de faire penser au type le plus caractéristique de cette famille de corps : l'albumine. Le terme de protéiques, actuellement très usité, est tiré du mot grec πρωτος, premier.

[2] Ces dernières sont souvent caractérisées en bloc par le nom d'*hydrates de carbone*, parce que, à côté du carbone, ces substances contiennent l'hydrogène et l'oxygène dans les proportions où ces éléments se rencontrent pour faire de l'eau, H^2O Exemple : glycose $C^6H^{12}O^6$ que l'on peut écrire $C^6(H^2O)^6$.

Digitized by Google

couche de charbon suffisante pour noircir le bout du nez à qui voudrait s'en assurer de trop près. De l'hydrogène? Il en est riche, car en brûlant il forme de l'eau; il n'y a pas à en douter, car on voit cette eau se condenser en gouttelettes sur un corps froid placé au-dessus de la flamme de la lampe. De l'oxygène? il en possède[1]. Mais de l'azote? c'est là que nous l'attendons. Ah! ah! pas d'azote! Mais alors, accusé, vous ne remplissez pas les conditions indiquées dans la deuxième partie de la définition. Vous ne sauriez prétendre au rôle de réparateur des organes de la machine, puisque vous ne contenez pas un des éléments essentiels à cette fonction, l'azote. — Sans doute, répond l'alcool, je ne puis prétendre à remplir ce rôle *à moi seul*, je n'ai pas l'outrecuidance de vouloir égaler l'albumine. Mais reconnaissez que vos matières grasses, féculentes et sucrées sont dans le même cas que moi. Ce que je prétends, en revanche, c'est remplir parfaitement les conditions de la première partie

[1] L'alcool éthylique a pour formule C^2H^6O. Son poids moléculaire est donc 46. Et 100 grammes d'alcool contiennent par conséquent : carbone 52, hydrogène 13 et oxygène 16.

Comparons-le, à ce point de vue, avec les autres aliments.

100 grammes de sucre (glycose $C^6H^{12}O^6$) contiennent :

Carbone 40, hydrogène 6,6 et oxygène 53,3.

100 grammes de graisses contiennent en moyenne :

Carbone 76,5, hydrogène 11,9, oxygène 11,6.

Quant à la composition centésimale des substances albuminoïdes, elle oscille en général entre les limites suivantes :

Carbone.....	50,0 à 55,0
Hydrogène....	6,5 à 7,3
Oxygène.....	19,0 à 24,0
Azote.....	15.0 à 19,0
Soufre.....	0,4 à 5,0

Si donc nous rapprochons l'alcool du sucre, comme étant son plus proche parent, nous voyons qu'il est plus riche que celui-ci en carbone et hydrogène, c'est-à-dire en combustible, et que par conséquent, à *poids égal*, il doit dégager, en brûlant, plus d'énergie que lui, ainsi que nous le verrons plus loin. Sous ce rapport, l'alcool dépasse encore l'albumine et ne le cède qu'à la graisse.

Digitized by Google

de votre définition : je brûle, je dégage de la chaleur, et suis capable de produire du travail. Je vous prie de ne pas me juger plus défavorablement que la graisse et le sucre.

Impossible de ne pas reconnaître la justesse de cette défense. Mais sur ce terrain nous ne lâchons pas encore l'accusé. Sans doute, nous voyons bien que l'alcool brûle dans une lampe comme de l'huile, qu'il chauffe et est capable de faire marcher une machine. Mais il ne suffit pas de pouvoir faire tout cela pour se réclamer du titre d'aliment. A ce compte, le pétrole serait aussi un aliment, et jusqu'ici il ne passe guère comme tel que pour les lampes ou les automobiles, quoique à la vérité il y ait des gens qui aient poussé l'aberration jusqu'à en boire. Qui m'assure que l'alcool se comporte dans le corps vivant comme dans une lampe? On a dit précisément qu'en raison de sa volatilité, l'alcool quitte le corps, s'évapore, avant d'avoir eu le temps d'être brûlé. Ici l'alcool invoque les expériences de nombreux physiologistes qui prouvent indubitablement que presque tout l'alcool ingéré, soit 95 °/₀, est brûlé complètement dans le corps en formant de l'acide carbonique et de l'eau [1].

[1] Les anciens physiologistes et chimistes, comme Liebig, avaient du sort de l'alcool dans l'organisme une opinion parfaitement juste. Ils savaient qu'il y est brûlé à peu près intégralement (voyez plus haut la citation de Longet), et il est probable que cette notion serait restée dans la science, sans rencontrer aucune résistance, si en 1860 MM. Lallemand, Perrin et Duroy n'eussent affirmé que l'alcool ne subit aucune oxydation intra-organique et s'élimine complètement en nature et très rapidement. Cette assertion eut beau être reconnue fausse après les expériences rigoureuses de Binz, Bollander, Strassmann et d'autres, qui démontrèrent que 5 p. 100 au plus de l'alcool absorbé sont éliminés par le poumon et les reins, elle continua à être acceptée par bon nombre de médecins. Tant il est vrai qu'il est plus difficile de déraciner une erreur implantée dans la science que de faire accepter une vérité nouvelle. Dans des expériences que nous avons faites avec la collaboration de M. Roos, nous n'avons pu que contrôler l'exactitude des expériences antérieures ; même quand l'alcool était administré aux animaux à la dose toxique, ébriogène, il n'y en avait que 6 °/₀ environ d'éliminé. Dans les conditions où opéraient MM. Atwater et Benedict, la perte d'alcool était bien plus faible (environ 2 °/₀). Or, cette perte d'alcool, ce déchet, n'a rien que de physio-

Digitized by Google

La conséquence de ce simple fait s'impose, il faut en convenir. Puisqu'il brûle dans le corps, l'alcool dégage de l'énergie : de l'énergie chaleur, c'est certain ; de l'énergie travail, c'est bien possible et même probable. Mais ne donnerait-il que de l'énergie chaleur, que cela suffirait pour que nous lui fassions, sinon encore des excuses, du moins un accueil plus gracieux[1].

Mais voyez un peu ce que c'est que de concéder quelque avantage à un accusé ; le voici qui prend de l'aplomb et élève des prétentions exorbitantes. L'alcool ne se contente plus d'être reconnu aliment de combustion, il veut être classé, il veut qu'on le reconnaisse égal, sinon supérieur à la graisse et au sucre, et il prétend qu'il est capable de suppléer ces deux derniers aliments dans une ration, et il appuie ces prétentions précisément sur les travaux récents des auteurs américains.

logique, car nos autres aliments, non plus, ne sont pas utilisés intégralement ; il y en a toujours une partie qui échappe à la digestion. Ce déchet atteint environ 10 % pour l'ensemble des albuminoïdes, des graisses et des hydrates de carbone.

L'alcool est donc bien consommé dans l'organisme, et objecter avec M. Gréhant, pour combattre cette notion, qu'on retrouve l'alcool dans le corps d'un animal, après son ingestion, n'a pas de sens, car il est clair que l'oxydation de l'alcool, pas plus que celle du sucre, n'est instantanée, et qu'elle demande un certain temps pour s'effectuer totalement.

[1] M. Bunge, tout en convenant que l'alcool brûle dans le corps et produit de la chaleur, ne veut pas lui concéder le titre d'aliment, car, dit-il, si l'alcool accroît d'un côté la production de chaleur, de l'autre il en augmente aussi la déperdition en paralysant les centres vaso-moteurs et provoquant une dilatation des vaisseaux cutanés, et le résultat final est un abaissement général de la température, ainsi qu'on a pu le constater. Il est facile de répondre à cela que cette action vaso-dilatatrice de l'alcool, indiscutable avec les doses *toxiques*, n'est pas suffisante, avec les doses *physiologiques*, pour contrebalancer exactement la production de chaleur due à la combustion de l'alcool. En fait, dans les expériences de MM. Atwater et Benedict, l'ingestion d'alcool n'augmenta pas le rayonnement de chaleur du corps dans une proportion bien sensible. On peut donc dire, en laissant de côté les doses toxiques et en se tenant aux conditions physiologiques, que l'énergie libérée par l'oxydation de l'alcool, profite toujours à l'organisme, ne serait-ce que sous forme de chaleur, car pendant que l'alcool brûle, les autres aliments sont économisés.

Digitized by Google

Voilà donc qui demande un sérieux examen :

Notre machine animale, pour son entretien et son bon fonctionnement, doit recevoir chaque jour par ses aliments une certaine quantité d'énergie. Cette énergie, les physiologistes, aujourd'hui, comme les physiciens, la mesurent en unités de chaleur, c'est-à-dire en *calories*. Ne vous effrayez pas de ce mot ; il ne cache rien de bien difficile à comprendre. On mesure les quantités de chaleur en calories, comme les longueurs en mètres, les capacités en litres, les poids en grammes. Mais, direz-vous peut-être, nous pensions jusqu'ici qu'on évaluait la chaleur en degrés par le thermomètre. Oui, sans doute, on mesure le *niveau* de la chaleur d'un corps en degrés avec le thermomètre, mais non la quantité de chaleur qu'il faut pour atteindre ce niveau. Une simple comparaison éclairera cette différence. Pour évaluer la hauteur de l'eau d'une rivière, je plonge un bâton dans le lit de la rivière jusqu'au fond, et je dis : le niveau de l'eau est à un, deux ou trois mètres au-dessus de l'étiage. Mais cela ne me renseigne pas sur la quantité d'eau qui doit rouler dans le lit de la rivière pour que ce niveau soit atteint et reste constant. De même pour notre chaleur. Si je place un thermomètre sous l'aisselle, je constate qu'il indique 37° avec une fixité remarquable, qu'il fasse doux, chaud ou froid au dehors. 37°, voilà l'étiage ; mais pour maintenir ce niveau de chaleur, quelle est la quantité de chaleur qui doit être fournie et dépensée, voilà ce que ne dit pas le thermomètre, qui n'est que le bâton plongé dans la rivière. Pour connaître les quantités de chaleur fournies par un corps quelconque en brûlant, un corps vivant comme un corps brut, il faut l'enfermer dans un appareil spécial qu'on appelle un *calorimètre*. Dans ce calorimètre, qui est une enceinte close, une boîte, on recueille la chaleur et on l'évalue en calories. Or, une calorie, c'est la quantité de chaleur qu'il faut pour élever de 1° un litre d'eau. Pour

Digitized by Google

faire bouillir un litre d'eau dans le pot au feu, il faut donc lui fournir 100 calories, puisque l'eau bout à 100°, et si le pot contient 2 litres ce sera 200 calories, etc.

Cela dit, et pour en revenir à notre propre marmite, combien de calories faudra-t-il fournir à un homme, non pour le faire bouillir, mais pour entretenir sa chaleur à 37° et subvenir d'une manière générale à toutes ses dépenses d'énergie, travail mécanique ou autre?

Eh bien! cette quantité est très variable suivant les circonstances. Vous comprenez de suite qu'il n'en faudra pas autant à un enfant qu'à un adulte, à un habitant des pays froids qu'à celui des pays chauds, à un travailleur qu'à un non travailleur. Autant de conditions particulières, autant de rations spéciales. Mais je ne veux pas vous ennuyer avec une multitude de chiffres. Je prendrai seulement trois exemples chez l'européen adulte. L'un sera celui d'un homme travaillant d'une façon très modérée, soit un bon bourgeois cossu, un rentier, l'autre celui d'un ouvrier, travaillant d'une façon moyenne, le troisième celui d'un ouvrier effectuant un dur labeur. Le premier, le bourgeois, doit pouvoir se contenter de 2.300 calories par jour. Pour nous montrer généreux, et qu'on ne nous accuse pas de partialité, faisons-lui bonne mesure et accordons-lui 2500 calories; l'ouvrier moyen devra avoir à sa disposition 3000 calories; quant au troisième, l'ouvrier qui peine durement, comme certains métiers l'exigent, sa dépense d'énergie ira à 3.500 et 4.000 calories. On a même noté chez certains ouvriers une dépense de 5.000 calories [1].

[1] Rubner (*Lehrbuch der Hygiene*, 4e édit., p. 473) a donné pour l'homme les chiffres suivants, en s'appuyant sur les travaux de Pettenkofer et Voit, Forster, etc.

	Ration nette en calories (Déduction faite du déchet par les fèces)
Repos et jeûne	2304
Médecin, employé	2445
Travail modéré (menuisier, soldat)	2868
Travail intense (manœuvre tournant une roue)	3362
Mineurs, valets de ferme, bûcherons	4790

Digitized by Google

Telle est donc la quantité d'énergie que notre machine humaine consomme en 24 heures et qu'elle doit trouver par conséquent dans ses aliments quotidiens.

(A suivre)

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

Séance du 20 février 1903

Présidence de M. Forgue.

Etaient présents ; MM. Estor, Puech, Imbert, Vedel, Ardin-Delteil, Reynès, Guérin, Lagriffoul, Abadie, Gaussel, Moitessier, Maystre, Pagès.

Un cas de perforation double de la voûte palatine avec présentation d'obturateur

par M. G. Schwartz, Chirurgien-dentiste de la Faculté de Médecine de Paris.

J'ai tenu à vous présenter un cas de perforation double de la voûte palatine, qui m'a paru intéressant pour les raisons que j'émettrai dans un instant.

Voici d'abord l'observation que j'ai prise du malade.

M. B..., habitant Montpellier, exerce la profession de charretier. Il a 56 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Père et mère morts à 80 ans.

Antécédents personnels. — A l'âge de 7 ans, souffrant beaucoup des dents, il emploie comme calmant l'huile de cade, qui ne tarde pas à produire ses ravages accoutumés sur le système dentaire et consécutivement sur les alvéoles.

A 23 ans, il a un chancre syphilitique qui dure deux mois. Il est traité par son médecin pendant quelque temps avec des pilules. Il ne se souvient pas d'avoir eu de roséole, ni de plaques muqueuses ; ses cheveux tombent pendant le traitement. Il y a trois ans, en mangeant de la morue, une arête lui pique le palais ; il la retire et s'aperçoit qu'un petit orifice persiste à droite faisant communiquer la bouche avec les fosses nasales.

Digitized by Google

Cet orifice s'agrandit peu à peu insidieusement, sans douleur. Un an après, un autre orifice se forme du côté gauche à quelques millimètres du premier et s'agrandit comme celui-ci, pour rester stationnaire.

Il est surprenant qu'il n'y ait pas eu d'ulcération préalable, car le malade affirme n'avoir eu aucune ulcération ni gomme quelconque au palais. Je n'ai cru devoir admettre qu'une hypothèse, c'est l'évolution d'une gomme au plancher des fosses nasales dont la marche perforante a dû aller vers la bouche ; et lorsque l'épaisseur de la voûte palatine a été extrêmement réduite, l'arête de poisson a produit préventivement la première perforation.

Etat actuel. — Le rebord alvéolaire a complètement disparu à la partie antérieure du maxillaire supérieur ; à peine en trouve-t-on quelques vestiges à la pression sous le doigt.

A un centimètre en arrière, de chaque côté de la ligne médiane, on aperçoit deux perforations de forme presque circulaire comme faites à l'emporte-pièce. Celle de gauche a un diamètre antéro-postérieur de 13 millimètres et 10 millimètres de largeur. Celle de droite n'a que 8 millimètres comme diamètre antéro-postérieur et 7 millimètres de largeur.

Elles sont séparées l'une de l'autre par une cloison osseuse de 3 millimètres qui est constituée par le bord inférieur de la cloison des fosses nasales.

Par ces deux orifices, on aperçoit le méat inférieur et le bord inférieur des cornets.

Je vis ce malade, il y a un an, dans le service de M. le professeur Forgue, qui me pria de lui faire un moulage de la voûte palatine avec ses perforations. Dans la suite, vu l'état misérable du malade, je lui fis un obturateur remédiant aux inconvénients nombreux que lui suscitaient ces perforations, et. à ce propos, avant de vous présenter cet obturateur, qui est très simple, il ne me semble pas inutile de dire quelques mots sur son origine et sa confection actuelle.

Obturateur. — D'après Guillemeau, les médecins grecs employaient ces appareils ; mais c'est à Ambroise Paré que nous devons la première description d'une pièce artificielle de ce genre. Cet auteur a donné la gravure d'un obturateur qu'il construisit en 1585 : c'était une plaque métallique en argent ou en or adaptée à l'ouverture de la voûte palatine, et maintenue à l'aide d'un morceau

Digitized by Google

d'éponge fixé par une vis, faisant saillie à la face supérieure de la plaque. L'emploi de cette éponge était sujet à bien des objections, car les secrétions des cavités nasales qu'elle absorbait prenaient bientôt une odeur insupportable. Mais l'antisepsie n'étant pas encore connue, on continua longtemps encore à s'en servir.

Plus tard, Fauchard remplaça l'éponge par des ailettes pénétrant dans la perforation, mais la pression qu'elles exerçaient amenait peu à peu la destruction des parties environnantes et finissait par agrandir la lésion.

Tous les obturateurs qui dans la suite furent inventés étaient tous en or ou en argent, mais de nos jours le caoutchouc vulcanisé remplace presque entièrement l'emploi de ces métaux.

On a trouvé que la vulcanite était préférable par sa légèreté et sa facilité à être ajustée et adaptée aux ouvertures d'une forme exceptionnelle.

C'est en effet ici le cas.

D'ailleurs, un simple obturateur n'eût pas, pour notre malade, donné un résultat complet.

Il fallait remédier d'abord aux inconvénients qu'entraînent toutes les perforations antérieures de la voûte palatine, et ensuite à son défaut total de mastication qui le conduisait petit à petit dans un état grave de cachexie par insuffisance d'alimentation.

En effet, non seulement la prononciation était difficile, mais la parole était sourde et incompréhensible.

Toutes les mucosités des fosses nasales passaient par la bouche, et inversement, lorsqu'il essayait de manger, les aliments allaient se loger dans le méat inférieur, dont ils irritaient les muqueuses.

Enfin le malade ne digérait plus, n'ayant plus de dents pour mastiquer.

C'est cette raison qui me fit construire son obturateur comme un dentier ordinaire en vulcanite. L'appareil du haut est relié à celui du bas avec des ressorts qui maintiennent l'un et l'autre dans une position fixe. La perte de substance du rebord alvéolaire se trouve ainsi réparée, et le malade peut enfin broyer ses aliments. Quant à l'obturateur même, il ne consiste pas seulement en une plaque d'ébonite comme tous les appareils dentaires, mais bien en deux petits bouchons de caoutchouc mou qui ont exactement la forme des deux perforations et qui pénètrent dans ces ouvertures presque jusqu'au bord inférieur des cornets.

Digitized by Google

Ces deux bouchons sont soudés sur la face supérieure de la cuvette en ébonite avec laquelle ils ont été vulcanisés.

De cette façon, la continuité du plancher nasal n'est pas interrompue, et ces sécrétions ne sont pas déviées de leur direction naturelle et n'ont pas de tendance à stagner à ce niveau.

Enfin un dernier détail pour être complet : le malade peut siffler et fumer... c'est encore un avantage.

Si nous avons rapporté cette observation, c'est qu'elle nous a paru intéressante pour les raisons suivantes :

1° A cause de la rareté de la perte totale du rebord alvéolaire.

2° Pour l'aspect non moins rare de cette perforation double, pour leur régularité, leur forme circulaire, leur similitude et enfin pour leur siège, car généralement elles se produisent au milieu de la voûte palatine près du voile du palais qu'elles intéressent souvent.

3° Pour vulgariser la connaissance des obturateurs, qui me paraissent remplacer avantageusement toutes les gazes, tous les cotons ou les boules de papier maché plus ou moins propres, avec lesquels les malades comblent leur perforation.

M. Estor. — N'aurait-on pas pu tenter une palatoplastie ?

M. Forgue. — L'on n'a pas pratiqué cette opération parce qu'au moment du séjour du malade à l'hôpital, la lésion était encore en évolution. Au reste, l'obturation qu'on pouvait obtenir avec la fibro-muqueuse n'aurait pas donné d'aussi bons résultats pour la phonation que l'appareil de M. Schwartz.

Ce qui est intéressant dans cette observation, c'est l'ostéite raréfiante portant sur le rebord alvéolaire. Ces ostéites, dont M. Forgue a observé trois cas, sont à rapprocher des maux perforants de la voûte palatine qu'on peut constater dans le tabes

M. Schwartz. — La gingivite expulsive donne bien de l'ostéite raréfiante du rebord alvéolaire, mais jamais à ce degré.

Des larges fistules vésico-vaginales, consécutives à la symphyséotomie

M. Forgue a reçu dans son service une malade qui lui était envoyée pour une fistule vésico-vaginale consécutive à une symphyséotomie. L'expression était trop modeste : la cavité vésicale

Digitized by Google

et la cavité vaginale communiquaient largement ; il y avait une sorte d'exstrophie vésicale qui s'était faite dans le vagin.

Le mécanisme de cet accident paraît être le suivant : quand les deux pubis sont largement écartés après la symphyséotomie, la tête fœtale pendant sa descente presse sur la paroi antérieure du vagin, qui n'est plus soutenue et doublée par une paroi osseuse et la fait éclater.

Dans ce cas particulier, la reconstitution autoplastique était difficile : M. Forgue a disséqué deux lambeaux latéraux sur toute la hauteur de la paroi vaginale et les a ramenés sur la ligne médiane, où il les a suturés. La réunion n'a été obtenue que pour la partie antérieure de cette vaste brèche ; pour la partie profonde il y aura lieu de tenter une seconde intervention.

M. Estor. — Cette malade restera toujours incontinente. On serait tenté d'aboucher les uretères dans le rectum.

M. Forgue. — Il est possible qu'on soit amené à pratiquer l'opération de Maydl, et j'en avais émis l'hypothèse.

M. Puech. — Les lésions des parties molles, après la symphyséotomie, sont malheureusement loin d'être exceptionnelles ; et il n'est pas de statistique qui n'en renferme des exemples. Toutes, il faut bien le dire aussi, n'ont pas une gravité aussi grande que dans le cas communiqué par M. Forgue. C'est justement en raison de ces dangers courus par les parties molles maternelles après la symphyséotomie, que l'on voit des accoucheurs, comme M. Bar, incliner de plus en plus vers la césarienne, dans certaines conditions du moins.

Au point de vue du mode de production de ces lésions, il convient de se demander si le mécanisme, mis en avant par M. Forgue et accepté par bon nombre d'accoucheurs, est le seul que l'on puisse invoquer dans tous les cas. Sans doute un très grand rôle revient à la distension considérable de la paroi antérieure du vagin, privée, par suite de la section des pubis, du soutien précieux que lui constitue à l'état ordinaire l'arc antérieur du bassin ; mais aussi interviennent d'autres facteurs.

Et d'abord, ces déchirures, ces grands délabrements pouvant aller jusqu'à intéresser, outre le canal vaginal, la vessie et l'urèthre, ne s'observent pas uniquement dans les cas où l'on a opéré l'extraction du fœtus après symphyséotomie. On les a notés après

Digitized by Google

des applications de forceps, même habilement conduites, et au cours desquelles les manœuvres opératoires n'avaient présenté aucune difficulté; je n'en veux pour preuve que la très intéressante observation rapportée par M. Bar dans ses *Leçons de Pathologie obstétricale*. Le défaut de soutien en avant, après la section des pubis, n'est donc pas la seule condition pathogénique de ces déchirures.

Dans tout accouchement, naturel ou artificiel, le canal cervico-vaginal que le fœtus parcourt, glisse sur les organes voisins : l'infiltration séreuse du tissu cellulaire qui s'opère pendant la grossesse, rend facile ce glissement, cette sorte de dislocation des organes pelviens. Mais si, pour une raison ou une autre, la laxité qui rend sans dangers la locomotion du canal génital est diminuée ou fait défaut, alors ses parois font, pour ainsi dire, corps avec les organes voisins, tels la vessie et le rectum. Qu'une déchirure se produise au niveau du vagin, et elle s'étendra, du même coup, avec la plus grande facilité à ces organes. Voilà donc un élément qui peut expliquer, après comme sans symphyséotomie, la propagation à la vessie d'une déchirure du vagin.

Plus directement d'ailleurs, la vessie peut être intéressée : la compression contre le bord postérieur d'un ou des deux pubis sectionnés constitue un agent d'effraction vésicale.

M. Reynès. — Même dans un cas de rotation de la tête fœtale effectuée par les seules forces de la nature, on a pu constater un arrachement presque complet du vagin.

M. Guérin — Il est probable que dans les cas de symphyséotomie interviennent les deux mécanismes : absence de soutien de la paroi vaginale par la paroi osseuse et adhérence intime de la tête fœtale et des parties molles, dont l'infiltration séreuse facilite le glissement et la déchirure. Au reste, Bar et Bonnaire ont précisément montré que dans les bassins rétrécis il y avait aplasie des parties molles.

M. Forgue — Il resterait à déterminer dans quelles proportions se produisent de pareils accidents ; car, s'ils étaient fréquents, il vaudrait mieux affronter les risques d'une césarienne, dont le pronostic est aujourd'hui assez bénin, que de courir de tels dangers. Si l'incontinence d'urine persiste, il faudra sans doute recourir à un Maydl, qui n'est pas sans péril.

Digitized by Google

M. Guérin. — C'est d'ailleurs en s'appuyant sur ces faits que M. Bar, à la Société d'obstétrique de France, après avoir présenté une statistique de 25 symphyséotomies avec 25 mères et 25 enfants vivants et une statistique portant sur un nombre plus considérable d'opérations césariennes avec deux morts, tendait néanmoins à conclure en faveur de la césarienne.

Dans un cas d'incontinence d'urine par déchirure du sphincter, M. Grynfeltt avait suppléé à l'absence de sphincter par un pessaire de Dumonpallier qui mettait obstacle à l'écoulement continu de l'urine, en comprimant le col vésical contre la symphyse et qui néanmoins laissait écouler cette urine quand la vessie se contractait volontairement pour la miction.

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

Projet de règlement de l'Agrégation des Facultés de Médecine

La Faculté de médecine de Montpellier, connaissant, par la voie de la presse, le projet de règlement de l'agrégation des Facultés de médecine, adopté par la Faculté de Paris, a cru devoir, sur la proposition de M. le professeur Grasset, en délibérer et faire connaître ses vues sur cette importante question. L'Assemblée de la Faculté, dans sa séance du 12 février 1903, a adopté le projet ci-dessous de règlement de l'agrégation, sur le rapport que lui a soumis M. le professeur Truc, au nom d'une Commission composée de MM. Granel, Truc, Bertin-Sans, professeurs, Poujol et Jeanbrau, agrégés.

SIÈGE DU CONCOURS. — Le concours est maintenu à Paris, tous les trois ans, commun aux diverses Facultés, mais avec des épreuves différemment réparties, des sections plus nombreuses et un jury fourni systématiquement par toutes les Facultés intéressées.

Digitized by Google

Le concours commun à Paris semble favorable au prestige de l'agrégation provinciale, à son recrutement supérieur et à l'émulation nécessaire entre les diverses Facultés Les concours particuliers dans chaque Faculté, bien que conformes au principe même des Universités, éloigneraient peut-être des candidats extérieurs et restreindraient fâcheusement l'agrégation au recrutement local.

ÉPREUVES. — Les épreuves peuvent se réduire, d'une part, à un exposé de titres ou travaux et une leçon de trois quarts d'heure pour l'admissibilité ; d'autre part, à une leçon d'une heure et à une épreuve clinique ou pratique, selon le cas, pour l'admission.

L'exposé des titres ou travaux et une leçon de trois quarts d'heure sans aucun livre, sur une question de *pathologie et de thérapeutique générales*, adaptée aux diverses sections, donneront la mesure du labeur, des connaissances et des aptitudes scientifiques des candidats. Une leçon d'une heure avec préparation libre de 24 heures et une épreuve clinique ou pratique de 8 heures avec recherches correspondantes au laboratoire, permettront d'apprécier exactement la capacité technique, didactique et professorale des concurrents.

SECTIONS ET SOUS-SECTIONS. — Les sections ou sous-sections doivent être plus nombreuses et instituées avec concours spéciaux pour la *médecine générale*, l'*hygiène*, la *médecine légale*, la *pédiatrie*, la *pathologie mentale*, la *dermatologie* et la *syphiligraphie*, l'*obstétrique*, la *chirurgie*, la *gynécologie*, les *voies urinaires*, l'*ophtalmologie*, l'*oto-rhino-laryngologie*, la *physiologie*, l'*anatomie et histologie*, la *physique*, la *chimie*, l'*histoire naturelle*, la *bactériologie*, la *thérapeutique* et *pharmacologie*.

On pourrait d'ailleurs, pour simplifier, réunir plusieurs sous-sections voisines en concours commun pour l'admissibilité, et n'établir les spécialités qu'aux épreuves d'admission.

Les épreuves d'admissibilité imposeraient à tous les candidats une culture générale indispensable, et les épreuves d'admission mettraient en relief leurs connaissances spéciales. On aurait alors, comme aujourd'hui, des sections de médecine, de chirurgie et des sciences biologiques, et des sous-sections pour chacune d'elles, avec jury commun à l'admissibilité et jury spécial à l'admission.

La *Section de médecine* comprendrait la médecine générale, l'hygiène, la médecine légale, la pédiatrie, la pathologie mentale, la dermatologie et syphiligraphie, la thérapeutique et pharmacologie.

Digitized by Google

La *Section de chirurgie* embrasserait la chirurgie générale, l'obstétrique, la gynécologie, les voies urinaires, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie.

La *Section des sciences biologiques* renfermerait l'anatomie et histologie, la physique, la chimie, l'histologie et la pharmacologie.

JURYS. — Les jurys de section se composeraient de 3 membres par sous-section, avec vote d'ensemble pour l'admissibilité et vote par sous-section pour l'admission. Ils comprendraient toujours, pour accroître encore leur indépendance et leur neutralité, des représentants qualifiés de toutes les Facultés intéressées.

ATTRIBUTIONS. — Les agrégés remplacent les titulaires, siègent aux examens, font les conférences et cours complémentaires, sans préjudice, le cas échéant, des fonctions de chef des travaux ou de laboratoire.

DURÉE. — Les agrégés sont nommés à vie.

Ils font actuellement partie intégrante des Facultés; ils participent régulièrement à la plupart de leurs actes, exercent fréquemment de véritables fonctions professorales. On ne saurait toujours les éliminer au moment où ils ont acquis le plus de maturité d'esprit ou d'expérience scientifique et rendu les plus sérieux services.

La pérennité de l'agrégation diminuera la fréquence des concours et peut-être le nombre des candidats, mais elle assurera la situation des élus; et si l'on perd ainsi quelques sujets d'élite, on peut espérer comme compensation que la sécurité de la position acquise attachera davantage encore les intéressés à la culture de la science et à la pratique de l'enseignement. Il en est ainsi, semble-t il, dans les Facultés de droit; pourquoi, d'une façon générale, n'en serait-il pas de même dans nos Facultés? La fonction fait l'organe : l'agrégation temporaire pousse à la clientèle; l'agrégation-carrière ne pourrait-elle pas retenir au cours ou au laboratoire?

TRAITEMENT ET RETRAITE. — Les agrégés continuent à toucher le traitement actuel et ont droit à une retraite à partir de 60 ans d'âge et de 30 ans de services universitaires.

MESURES TRANSITOIRES. — Les agrégés en exercice et les agrégés libres peuvent, sur leur demande et après avis favorable de la Faculté, bénéficier des conditions précédentes et entrer dans les nouveaux cadres de l'agrégation.

Digitized by Google

INSTITUT BOUISSON-BERTRAND

Pendant le mois de février, 20 personnes ont été admises au traitement antirabique. 3 personnes provenaient du département de l'Hérault, 7 de la Haute-Garonne, 4 de Vaucluse, 3 de l'Aude, une du Gard, une de la Lozère, une du Tarn-et-Garonne.

Sur ce nombre, 5 personnes ont été hospitalisées.

VARIÉTÉS

Lois italiennes contre le paludisme

La lutte contre le paludisme en Italie est entrée dans une phase réellement active avec les deux lois nouvelles qu'ont votées les Chambres. En vertu de la première loi, tout paysan pris de fièvre pendant le travail recevra de la quinine et continuera à recevoir des soins aux frais et pour le compte du propriétaire qui l'emploie. La loi considère l'atteinte par le paludisme comme un accident de travail contre lequel le propriétaire doit s'assurer. La deuxième loi fixe un prix maximum de la quinine, prix obligatoire pour tous les pharmaciens. La vente de la quinine, dans les régions dépourvues de pharmaciens, est confiée aux personnes qui vendent du sel et du tabac, qui sont un monopole de l'Etat. Le gain net de la vente de la quinine sera destiné à la lutte contre le paludisme.

La nouvelle loi sur l'alcoolisme en Angleterre

Depuis quelques semaines, une nouvelle loi, qui n'a pas fait grand bruit lorsqu'elle fut adoptée, il y a quelques mois, est en train de causer un véritable remue-ménage dans les tribunaux de toute l'Angleterre. On ne le savait pas dans le grand public. Mais c'est une arme puissante contre l'alcoolisme qui vient de se révéler.

Jusqu'à maintenant, l'ivrognerie n'était un délit que si l'ivrogne causait du scandale. On ne pouvait le condamner s'il se contentait de tituber, même de zigzaguer. Le cabaretier qui lui avait versé la dernière rasade n'était pour ainsi dire pas inquiété.

Désormais, quels que soient les signes de son état, l'ivrogne peut

Digitized by Google

et doit être arrêté. Homme ou femme, si l'ivrogne a charge d'un enfant de moins de sept ans, il risque, pour le fait de simple ivresse, un mois de prison.

A la troisième condamnation, il passe sur la liste des « ivrognes chroniques », et sa photographie est fournie à tous les cabaretiers de son quartier. Dès lors, il est passible d'une amende, puis de la prison s'il tente de se procurer de l'alcool n'importe où. Les cabaretiers de son quartier sont passibles d'une forte amende s'ils lui en vendent : 250 francs la première fois, 500 la seconde, puis de la prison jusqu'à six mois. Contre toute personne inscrite sur la liste des « ivrognes chroniques », la séparation judiciaire au profit du conjoint peut être immédiatement prononcée. Mais la loi n'a pas prévu le cas (trop fréquent) des époux inscrits ensemble sur la fatale liste. D'où mainte difficulté dans son application, qui pourtant ne date que du 1er janvier dernier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Tableau des Actes du 16 au 22 Mars 1903.

Mardi, midi 1/2, 3e examen, 2e partie (oral), examinateurs : MM. Mairet, Rodet, Raymond ; candidats : MM. Vigouroux, Pélissier. — 9 heures, 5e examen, 1re partie, examinateurs : MM. Grasset, Carrieu, Brousse ; candidats : MM. Dullin, Rigal.

Mercredi, midi 1/2, 1er examen, examinateurs : MM. Gilis Mourel, Jeanbrau ; 4 candidats, épreuve pratique à 10 heures. — Midi 1/2, 3e examen, 1re partie, examinateurs : MM. Estor, Vallois, L. Imbert ; candidats : MM. Meizonnet, Valet. — Midi 1/2, 4e examen, examinateurs : MM. Sarda, Bertin-Sans, Galavielle ; candidats : MM. Turin, Rouvière, Payre-Ficot. — 10 heures, 5e examen, 1re partie, examinateurs : MM. Tédenat, Puech, de Rouville ; candidats : MM. Germain, Granier.

Jeudi, 8 h. 1/2, 2e examen, examinateurs : MM. Vialleton, Hédon, Ville ; candidats : MM. Monnier, Mednikaroff. — 10 heures, 5e examen, 1re partie, examinateurs : MM. Forgue, Puech, de Rouville ; candidats : MM. Contancin, Viel.

Vendredi, midi 1/2, 3e examen, 1re partie, examinateurs : MM. Estor, Vallois, L. Imbert ; candidats : MM. Jh. Coste, Bernadac. — Midi 1/2. 3e examen, 2e partie (épreuve pratique), examinateurs : MM Granel, Bosc, Vedel ; candidats : MM. Aglot, Guérido.

Samedi, 9 heures, 5e examen, 2e partie, examinateurs : MM. Carrieu, Baumel, Raymond ; candidats : MM. Duchenne, Moliner, Nègre. — Midi 1/2, thèse, examinateurs : MM. Tédenat, Gilis, de Rouville, Jeanbrau ; candidat : M. Sergueef. — Midi 1/2, thèse, examinateurs : MM. Forgue, Estor, Vallois, L. Imbert ; candidat : M. Leroueille.

L'Éditeur-Gérant : P. DELORD-BOEHM.

Montpellier. — Imprimerie DELORD-BOEHM ET MARTIAL.

Digitized by Google

N° 13 — 29 MARS 1903. — TOME XVI

MONTPELLIER MÉDICAL

Journal Hebdomadaire paraissant tous les Dimanches

INSTITUT BOUISSON-BERTRAND

RAPPORT SUR LA CINQUIÈME ANNÉE D'EXERCICE

(1901-1902)

Présenté au Conseil d'administration de l'Institut dans sa séance du 9 décembre 1902

Par M. le Professeur RODET, Directeur

MESSIEURS,

J'ai l'honneur de vous présenter mon rapport annuel sur la marche des divers services de l'Institut Bouisson-Bertrand du 1er octobre 1901 au 30 septembre 1902.

A. — SERVICE ANTIRABIQUE

Le nombre des personnes admises au traitement antirabique pendant ces douze mois a été de 332, vingt de moins que l'année précédente. Cette diminution est probablement la conséquence, d'une part, de l'importance prise par l'Institut antirabique de Lyon, d'autre part et surtout de la création récente de l'Institut antirabique de Bordeaux.

Digitized by Google

Le nombre total des personnes traitées depuis l'ouverture du service en 1897 s'élevait, au 1er octobre dernier, à 1323.

Voici la répartition, par départements, des 332 personnes de cette année :

Hérault	129
Haute-Garonne	56
Aude	28
Gard	23
Tarn-et-Garonne	22
Lozère	21
Aveyron	15
Tarn	10
Ariège	7
Pyrénées-Orientales	4
Vaucluse	4
Hautes-Pyrénées	3
Gers	3
Lot-et-Garonne	3
Ardèche	2
Basses-Pyrénées	1
Lot	1
	332

31 personnes provenaient de Montpellier ; 18 de Béziers ; 12 de Narbonne ; 9 de Toulouse ; 9 de St-Gaudens ; 5 de Cette.

En rapprochant ce dernier tableau du tableau correspondant de l'année précédente, nous remarquons que le nombre des mordus venus du département de l'Hérault s'est notablement élevé cette année, de 77 à 129 ; de même dans la Haute-Garonne, de 35 à 56. Inversement, le département des Pyrénées-Orientales, qui nous avait envoyé l'année dernière 45 personnes, ne nous en a envoyé cette année que 4 ; dans le Tarn, le nombre de nos clients est tombé de 41 à 10 ; nous constatons aussi une diminution sensible, moins accusée, dans l'Aude. Ces différences traduisent certainement des

Digitized by Google

fluctuations dans la rage canine, dans les régions correspondantes; car il s'agit de départements dans lesquels la totalité ou la grande majorité des personnes mordues par des animaux enragés ou suspects se rendent à l'Institut de Montpellier. Remarquons encore : une augmentation dans la Lozère (21, au lieu de 4 l'année précédente), ainsi que dans le Tarn-et-Garonne (22 au lieu de 13); une diminution dans l'Aveyron (15 au lieu de 33) et dans les Hautes-Pyrénées (3 au lieu de 8). Pour ces départements, les différences ont pu résulter en partie de ce que les blessés ne se sont pas partagés dans la même proportion, les deux années, entre les divers Instituts. A ce point de vue, il est intéressant de rechercher quels sont les départements de notre région dont les mordus se dirigent encore sur Paris : dans la dernière statistique de l'Institut Pasteur, nous voyons qu'en 1901 on n'y a traité aucune personne de l'Hérault, de l'Aude, de l'Ariège, de la Haute-Garonne, des Pyrénées-Orientales, tandis qu'il y a eu encore 17 personnes de l'Aveyron, 7 de la Lozère, 2 du Tarn, 13 du Gers, 2 des Hautes-Pyrénées, 6 du Tarn-et-Garonne.

Le tableau suivant donne, pour notre dernier exercice, la répartition par mois :

Octobre 1901	26
Novembre	25
Décembre	28
Janvier 1902	26
Février	20
Mars	29
Avril	28
Mai	22
Juin	24
Juillet	46
Août	30
Septembre	28
	332

Digitized by Google

Comme on le voit, les cas se sont partagés entre les différents mois d'une façon très uniforme, sauf pour le mois de juillet, ce qui confirme le fait constaté déjà les années précédentes, à savoir qu'on ne peut établir aucune règle fixe relativement à des oscillations de la rage en rapport avec les saisons, ou du moins que les oscillations moyennes de ce chef ne sont que de peu d'importance.

En ce qui concerne le temps écoulé entre le jour de la morsure et le début du traitement : 259 fois, le traitement a été entrepris dans les 8 premiers jours ; 61 fois, de 9 à 20 jours après l'accident ; 12 fois, plus de 20 jours s'étaient écoulés. En moyenne, les mordus se sont présentés cette année un peu plus tard que l'année précédente. C'est surtout parmi les personnes venues des départements de la Lozère et de l'Aveyron, que la proportion des traitements retardés est grande : 9 personnes sur 21 de la Lozère, 6 sur 15 de l'Aveyron, se sont présentées plus de 8 jours après l'accident. Le nombre des traitements très tardifs a été plus considérable que dans l'exercice précédent ; je signalerai des traitements commencés seulement après 32 jours, 35, 40, 42 jours, et même, pour deux personnes, après 73 jours. Dans plusieurs de ces cas, notamment pour les deux derniers, la rage avait déjà éclaté, au moment où les blessés se sont présentés à l'Institut, chez des animaux mordus par le même chien qu'eux.

Le traitement a duré :

15 jours pour 75 personnes (22 %) ;
18 jours pour 128 personnes (38 %) ;
21 jours pour 126 personnes (37.9 %) ;
24 jours pour 2 personnes ;

pour un blessé, le traitement a été interrompu après 5 jours. En rapprochant ce tableau de celui de mon rapport de l'année précédente, on voit que la proportion des diverses

Digitized by Google

durées de traitement est restée à peu près la même. 41 fois, pour des cas graves, ou pour des personnes venues tardivement, on a appliqué le traitement intensif, consistant à faire deux séances d'inoculation, le matin et le soir, pendant les premiers jours.

En multipliant le nombre de personnes traitées par le nombre de jours de traitement de chacune, cela fait un total de 6.128 journées de présence (contre 6.502 l'année dernière), soit une moyenne de personnes présentes chaque jour, de 16.8 (17,8 l'année précédente).

Une des personnes traitées cette année est morte de rage, malgré le traitement. Il s'agit d'un homme de 43 ans, mordu à la main peu grièvement, le 8 novembre 1901. Traité du 12 novembre au 2 décembre, soit pendant 21 jours, il fut pris de rage le 19 décembre, 17 jours après la fin du traitement, 41 jours après la morsure. Cela nous donne, pour l'année 1901-1902, une mortalité de 0,3 %. Depuis le début du service, sur un total de 1333 traités, c'est le quatrième cas de mort par rage survenue après le traitement. Nous n'avons observé aucun cas de rage dans le cours du traitement. Un de ces quatre cas, celui de l'année 1900-1901, peut être éliminé de la mortalité, suivant la règle adoptée à l'Institut Pasteur, comme je l'ai expliqué dans mon précédent rapport. Pour l'ensemble des traités depuis le début du service, cela fait une mortalité de 0,22 % en défalquant le cas en question, de 0,3 % sans défalcation aucune.

Le cas de mort par rage de ce dernier exercice est le premier qui appartienne à la catégorie A, c'est-à-dire au groupe des personnes mordues par des animaux dont la rage est expérimentalement démontrée. Les cas antérieurs appartenaient au groupe B, celui des personnes mordues par des animaux dont la rage est attestée par un vétérinaire ayant vu ou autopsié l'animal, sans vérification expérimentale.

Dans le courant de cette année, le service antirabique a

Digitized by Google

pratiqué 43 fois ce contrôle expérimental, par l'inoculation au lapin du bulbe des animaux mordeurs.

B. — Service sérothérapique.

Les communes de la région auxquelles l'Institut Bouisson-Bertrand adresse périodiquement le sérum antidiphtérique étaient, au 1er octobre dernier, au nombre de 839. L'année précédente, ce nombre était de 807. Ce sont donc 32 communes de plus qui, dans le courant du dernier exercice, se sont abonnées à ce service par une subvention annuelle; dans l'année précédente, ce nombre avait augmenté de 30 (de 777 à 807).

Ces 839 communes se répartissent de la manière suivante dans les différents départements :

Hérault	247
Gard	133
Aude	304
Pyrénées-Orientales	61
Vaucluse	32
Lozère	28
Tarn	20
Aveyron	13
Var	1
Total	839

Pour alimenter les dépôts de sérum dans ces communes, on a dû expédier 8.181 flacons. Ce nombre est moindre que le nombre correspondant de l'exercice précédent; cela tient à ce que, au lieu de renouveler le sérum tous les trois mois, nous ne l'avons renouvelé que trois fois dans l'année, en novembre, mars et juillet. En laissant le sérum en dépôt pendant quatre mois, nous nous tenons encore très largement dans les limites de la conservation de ses propriétés.

Pour satisfaire à des demandes d'urgence, l'Institut a dû expédier 1.085 flacons (123 de plus que l'année précédente).

Digitized by Google

Cela donne un total de 9.266 doses expédiées pour le service de l'assistance.

En outre, 400 flacons ont été délivrés à titre onéreux.

Le sérum préparé par l'Institut est régulièrement l'objet d un titrage précis de sa propriété antitoxique. Il résulte de cette détermination que le sérum de Montpellier est d'excellente qualité, et occupe un très bon rang parmi les sérums de même nature des divers Instituts sérothérapiques; sa force antitoxique est supérieure à celle qui est considérée comme suffisante.

Un des chevaux de l'Institut, à un moment donné, commençait à fournir un sérum de moindre valeur que les autres. Quoiqu'il fût encore suffisant, il nous a paru sage de le remplacer; et nous avons immunisé à sa place une jument, aimablement offerte par M. René Boudon. C'est la seconde bête que l'Institut a reçue de ce généreux donateur.

Le service sérothérapique a pratiqué cette année 30 analyses bactériologiques, en vue de rechercher le bacille de la diphtérie dans des angines suspectes.

C. — Service des analyses d'eau

L'Institut a pratiqué, dans le cours de l'exercice 1901-1902, 43 analyses d'eau.

34 de ces analyses ont été faites pour satisfaire aux demandes de diverses communes, au nombre de 21 : 16 étaient demandées en vue d'une nouvelle captation d'eau potable; 18, à l'occasion d'une épidémie ou pour des motifs divers.

17 fois, un délégué de l'Institut s'est rendu sur les lieux, pour recueillir les échantillons destinés à l'analyse.

Une analyse a été effectuée à la demande de l'administration universitaire.

Enfin, 8 analyses ont porté sur l'eau de Montpellier.

Depuis la création de l'Institut, ce service a pratiqué près de 300 analyses.

Digitized by Google

D. — Hospitalisation

Du 1er octobre 1901 au 30 septembre 1902, 63 personnes indigentes, admises au traitement préventif de la rage, ont été logées et nourries à Grammont, exactement le même nombre que l'année précédente. 38 ont été reçues gratuitement, comme provenant de communes versant à l'Institut une subvention annuelle; 25, moyennant un prix de journée payé par la commune ou le département.

20 autres personnes ont dû être placées à l'hôtel, dont 16 à la charge de l'Institut, et 4 moyennant une contribution de 3 francs par jour de la part de leur commune ou de leur département.

En réunissant ces deux catégories, cela fait, pour cet exercice, un total de 83 personnes indigentes hospitalisées.

Les nombres correspondants avaient été : 81 pour l'exercice précédent; 46 seulement pour l'exercice 1899-1900.

Ces 83 personnes représentent plus de 1500 journées d'hospitalisation.

L'ALCOOL ALIMENT

D'APRÈS DES EXPÉRIENCES RÉCENTES

Par **E. HÉDON**

(Conférence faite le 19 Février 1903 à la Société d'Enseignement populaire de Montpellier)

(*Suite et fin.* — Voir n° 12, pag. 298).

S'il ne s'agit que de cela, penserez-vous peut-être, à quoi bon se mettre martel en tête pour la qualité de l'aliment ; il n'y a qu'à bourrer la machine avec n'importe quel aliment,

Digitized by Google

protéiques, graisse ou sucre, puisque tout cela brûle ! Doucement, n'allons pas si vite. Avons-nous déjà oublié que pour notre machine ce n'est pas seulement le charbon que nous y mettons qui brûle, mais aussi les organes mêmes de la machine? Or, ces organes ont une composition chimique déterminée, et l'expérience a prouvé que pour maintenir intacte cette composition, il faut ingérer chaque jour une certaine quantité de protéiques [1]. Les protéiques, les substances quaternaires, celles qui contiennent de l'azote, vous vous le rappelez, sont absolument indispensables à la vie ; on ne peut pas les exclure de son régime, tandis qu'on peut à la rigueur vivre sans graisse ou vivre sans sucre. Toutefois, il est démontré que pour le maintien d'une bonne santé, il faut que les protéiques, les graisses et les féculents ou sucres soient entre eux dans une certaine proportion, et cette proportion, la voici. Pour notre bourgeois à 2.500 calories, il faudra environ et en chiffres ronds 100 gr. de protéiques, 50 gr. de graisse et 400 gr. de matières féculentes ou sucrées [2];

[1] Protéiques d'origine animale, ou protéiques d'origine végétale, cela va sans dire.

[2] Pour calculer l'énergie calorifique des aliments, on admet que dans l'organisme les graisses et les hydrates de carbone sont brûlés totalement en donnant de l'acide carbonique et de l'eau. Mais pour les protéiques, il n'en va plus de même, et il y a une correction à faire; leur combustion n'est jamais complète, puisque par l'urine s'éliminent l'urée et les autres substances azotées qui renferment encore une notable quantité d'énergie. En dehors de la perte d'énergie due au déchet digestif des aliments (et que l'on calcule en déterminant l'énergie contenue dans les fèces), il y a donc encore une perte d'énergie par l'urine dont il faut tenir compte.

Comme *valeurs moyennes* des énergies fournies par les trois groupes d'aliments, tels qu'ils nous sont fournis par les analyses. Rubner a proposé les chiffres suivants :

	Calories
1 gr. de graisse dégage en brûlant.....	9,3
1 gr. de protéiques dégage en brûlant	4,1
1 gr. d'hydrate de carbone dégage en brûlant	4,1

Ces *coefficients pratiques* ont été adoptés depuis par tous les physiologistes, et nous remarquons que dans leurs expériences MM. Atwater et Bénédict ont effectué leurs calculs sur les mêmes bases.

Digitized by Google

et pour un travailleur, il n'y a qu'à augmenter chacun de ces chiffres proportionnellement pour arriver à 3.000 calories, car il n'existe pas un aliment spécial pour le travail, mais tous y contribuent.

Pour composer un tel menu, il est très remarquable que les cuisiniers n'aient pas attendu les indications des savants! Le régime indiqué est précisément celui auquel on nous soumet chaque jour, en variant nos aliments. Il est vrai que nous ne sommes pas obligés de subir cette tyrannie, et que nous pouvons dire : aujourd'hui nous ne voulons pas de graisse dans nos plats, nous nous rattraperons sur la confiture ; ou inversement, pas de farine dans les sauces, mais davantage de graisse. Toutes ces substitutions sont possibles mais à une condition, *lorsque le régime est juste suffisant pour le maintien de l'équilibre du corps,* c'est que l'aliment supprimé soit remplacé par une quantité d'un autre aliment rigoureusement *équivalente en énergie* ; c'est-à-dire que la substitution ne doit pas être faite poids pour poids, mais calorie pour calorie, et, si je supprime, par exemple, 50 gr. de graisse, il faut que je les remplace non par 50 gr. de confiture, mais par environ 125 gr. de confiture. Tout cela est donc possible [1]. Mais ce que nous ne pouvons pas dire, par exemple, c'est ceci : « Nous ne voulons plus d'albumine dans notre nourriture, qu'on supprime tous les protéiques » ; car l'albumine n'est pas remplaçable.

[1] C'est la notion de l'*isodynamie* des aliments introduite dans la science par Rubner. Elle implique que dans une ration, si l'on met à part la quantité d'albumine indispensable pour couvrir le besoin d'azote, les diverses sortes d'aliments peuvent être substituées les unes aux autres en quantités *calorimétriquement égales*, et que l'organisme peut utiliser indifféremment l'une ou l'autre catégorie d'aliments pour faire de la chaleur, du travail, etc. En pratique, pour qu'une telle substitution soit possible, il faut naturellement tenir compte de la digestibilité des aliments et de la capacité d'absorption du tube digestif pour telle ou telle substance. En théorie, à 100 gr. de graisse correspondent comme valeur énergitique 229 gr. de glycogène, 235 gr. de saccharose, 225 gr. de glycose, 235 gr. d'albumine. Nous disons donc que ces quantités sont *isodynames*.

Digitized by Google

Tout ce que nous pouvons faire, en forçant les doses de graisses et de sucre, c'est réduire notre ration de protéiques jusqu'à un *minimum d'azote* absolument nécessaire, au-dessous duquel il n'y a pas moyen de descendre, sans que les organes de la machine se désagrègent[1].

Tout cela semble nous avoir entraînés bien loin de l'alcool. Mais non, au contraire, et la question qui se pose maintenant est bien simple et vous l'avez peut-être déjà formulée. Dans notre ration, l'alcool peut-il se substituer à quelque autre aliment? Puis-je dire par exemple : aujourd'hui, jour de haricots, mets difficile à digérer, mon estomac est fatigué, je vais remplacer une portion de ces soissons par une quantité d'alcool équivalente en énergie? Au lieu de boire de l'eau, je vais boire du vin, je m'en tirerai de cette façon!

Et tel est précisément le problème que se sont posé les physiologistes américains et qu'ils ont résolu d'une façon remarquable. Je l'ai formulé d'une manière plaisante; mais en langage scientifique le voici. *Un individu étant en équilibre de poids et d'énergie, grâce à une ration alimentaire rigoureusement dosée et évaluée en calories, peut-on, sans troubler cet équilibre, substituer à une partie des graisses ou des féculents et sucres de la nourriture une quantité d'alcool de même valeur calorifique ?*

Pour résoudre ce problème, les auteurs américains, qui disposaient d'un chiffre respectable de dollars, ont construit un calorimètre de proportions monumentales : C'était une chambre relativement confortable, pourvue d'un lit, d'une table et d'une chaise, d'un téléphone et de divers appareils scientifiques, tels que thermomètre, hygromètre, etc. Le sujet d'expérience, qui était lui-même un savant, entrait dans la chambre, emportant avec lui ses aliments, et pour

[1] Il n'est pas possible d'établir un *chiffre fixe* pour ce minimum d'albumine que doit contenir la ration quotidienne. On a proposé le chiffre de 1 gr. par kilogr. du poids du corps (Ch. Richet, art. aliments du dictionn. de physiologie).

Digitized by Google

qu'il ne s'ennuyât pas outre mesure dans cette prison où il devait séjourner plusieurs jours, on lui avait affiché sur une des parois le programme qu'il avait à remplir heure par heure. Se lever, manger, boire et dormir à heures fixes, se peser, peser ses aliments et divers appareils, récolter ses excrétions, telles étaient ses principales occupations. De plus il avait à sa disposition une bicyclette, et, s'il se sentait disposé à faire de l'exercice, alors il pédalait sur place, et la force qu'il dépensait ainsi était employée à allumer une lampe électrique au moyen d'un dynamo. De la sorte son énergie était transformée en chaleur et récoltée par le calorimètre. La chambre était ventilée par un courant d'air, et l'acide carbonique retenu à sa sortie et dosé. Bref, *tout ce qui entrait dans le corps du sujet et tout ce qui en sortait, était rigoureusement connu et comme quantité de matière et comme quantité d'énergie*.

Trois opérateurs, un Suédois, un Américain, un Canadien, entrèrent en cage tour à tour Deux d'entre eux étaient des abstinents de l'alcool. Ils en burent cependant sans difficulté dans ces expériences (il fallait bien faire quelque sacrifice à la science, et celui-là n'était vraisemblablement pas le plus dur, comparé à la réclusion). Or, le résultat de cette belle expérience fut celui-ci : Dans le régime alimentaire de trois hommes valides, on put, sans inconvénient, remplacer du beurre, des légumes ou autres aliments analogues par de l'alcool sous forme de vin ou d'eau de vie, que le sujet restât en repos ou accomplît un travail de huit heures de vélocipède par jour. Ces remplacements étant effectués en tenant compte de la valeur calorifique de l'aliment, il n'y avait rien de changé dans l'équilibre énergétique du sujet, que le régime fût avec ou sans alcool.

Cette expérience de MM. Atwater et Bénédict est sans doute très intéressante, et son résultat, quoique prévu, très instructif. Elle démontre que l'alcool a comme combustible

Digitized by Google

a même valeur alimentaire que la graisse ou le sucre, et que si, par exemple, dans une ration d'entretien juste suffisante, il entre du vin, eh bien ! on ne peut pas supprimer le vin sans le remplacer par quelque chose. [1]

Mais cette expérience cependant n'est pas nouvelle. M. Chauveau l'avait déjà faite, seulement avec un résultat tout différent. Ayant habitué un chien à tourner une roue, comme le faisaient autrefois les chiens tourne-broches, il constata que l'animal fournissait moins de travail quand il substituait à une partie de sa ration de sucre une quantité d'alcool équivalente. Et la conclusion de M. Chauveau fut donc que l'alcool ne saurait remplacer le sucre : conclusion précisément inverse, vous le voyez, de celle de MM. Atwater et Benedict [2].

[1] 1 gr. d'alcool, en brûlant, dégage 7 calories. On voit donc qu'à *poids égal* il renferme plus d'énergie que les hydrates de carbone et les protéiques. 1 gr. de ces dernières substances ne dégage en effet que 4 cal., 1 (voyez plus haut les coefficients de Rubner). Sous ce rapport, l'alcool ne le cède qu'à la graisse, dont 1 gr. contient 9 cal., 3. Si, maintenant, on réfléchit que, dans la ration quotidienne de beaucoup de gens, il entre un litre de vin contenant environ 80 gr. d'alcool, on voit que la quantité d'énergie fournie par ce dernier n'est pas négligeable. C'est en effet 560 calories sur les 2 500 que nous avons reconnues nécessaires, soit en nombre rond le 1/5 de la ration ; et si nous retranchions ces 560 calories fournies par l'alcool d'une ration juste suffisante, il faudrait les récupérer soit par 136 gr. d'hydrates de carbone, ou protéiques, soit par 60 gr. de graisse, soit par un mélange de ces divers aliments en quantités convenables pour couvrir ce besoin de 560 calories.

Il ne sera pas superflu de rappeler à ce propos une observation de Liebig. Suivant ce distingué chimiste, dont on me paraît trop oublier les travaux dans les circonstances actuelles, les personnes qui n'usent pas de boissons fermentées mangent davantage en proportion d'aliments amylacés. « Depuis l'établissement des Sociétés de tempérance, dit-il, on crut équitable, dans beaucoup de ménages anglais, de compenser en argent la bière que recevaient tous les jours les domestiques, et dont ils s'abstenaient une fois membres de ces sociétés. Mais on s'aperçut bientôt que la consommation du pain augmenta dans une proportion surprenante, de telle sorte qu'on payait deux fois la bière : une fois en argent et une autre fois en équivalent de pain. » (Liebig. — Nouvelles lettres sur la chimie. Trad de Gerhardt, pag. 214, Paris 1852).

[2] Dans l'expérience de M. Chauveau (C. R. Acad. des Sc. 14 et 21 janvier 1901), un chien de 20 kilogr. recevait quotidiennement 500 gr. de viande et 250 gr. de sucre

Digitized by Google

Comment, direz-vous, des savants peuvent-ils arriver à des conclusions si diamétralement opposées, en se servant de méthodes en apparence si semblables ? Cette constatation est bien faite pour faire sourire les sceptiques. Cependant un esprit critique cherchera plutôt la raison de la contradiction dans quelque circonstance ou condition différente dans l'expérience de M. Chauveau et dans celle des Américains.

En effet, et il est temps de s'en préoccuper, quelle est donc la quantité d'alcool que les expérimentateurs américains consommaient pendant leur emprisonnement volontaire ? Eh bien ! cette quantité était faible et *équivalait à 1 litre de vin léger par jour*. L'alcool était d'ailleurs donné soit sous forme de vin, soit sous forme d'eau-de-vie, mais dans ce dernier cas fortement dilué dans l'eau. *La quantité n'en dépassa jamais 70 à 80 gr.*, et, de plus, elle était prise en plusieurs fois à chaque repas. L'alcool était donc administré à la dose physiologique et fractionné, c'est-à-dire suivant les règles de l'hygiène. Bref, la dose d'alcool ingérée représentait 500 calories sur les 2500 que l'on fournissait en tout, et, fait essentiel à noter également, lorsque le sujet devait travailler sur sa bicyclette, on élevait bien sa ration à 3000 calories, mais la quantité d'alcool n'était pas augmentée.

Tout autres étaient les conditions dans l'expérience de M. Chauveau. La dose d'alcool administrée à un chien de

de canne ; on lui fit faire au trot allongé 1292 kilom. en 54 jours, soit une moyenne journalière de 24 kilom. La ration alimentaire était plus que suffisante pour couvrir cette dépense d'énergie, car le poids de l'animal, dans ce laps de temps, augmenta de 1 kilogr. Dans une deuxième période, on enleva de la ration 84 gr. de sucre et on les remplaça par 48 gr. d'alcool (quantité isodyname). Le chien continua à faire tourner sa roue, mais cette fois avec plus de mollesse. Malgré les excitations et les appels réitérés de son gardien, il ne parvint à couvrir, en 27 jours, que 504 kilom., soit une moyenne journalière de 18 kilom. 600 environ. De plus, à à la fin de cette deuxième période, son corps n'avait rien gagné et était plutôt en perte. L'infériorité de l'alcool sur le sucre apparaissait donc dans cette expérience, tant pour ce qui concerne la production du travail que pour ce qui se rapporte à l'entretien du corps.

Digitized by Google

20 kilogr. était de 48 gram. Elle dépassait de plus de deux fois la dose physiologique[1] (première faute), et comme elle était d'ailleurs donnée en une seule fois (deuxième faute), il n'est pas étonnant que le chien de M. Chauveau, comme l'expérimentateur le dît d'ailleurs explicitement, fût dans un léger état d'ébriété. Mais alors il n'y a plus à s'étonner du résultat obtenu, les propriétés toxiques de l'alcool étant venues annuler en partie dans cette expérience ses propriétés alimentaires, et il ne reste plus qu'une chose surprenante, c'est qu'un expérimentateur du mérite de M. Chauveau soit tombé dans cette erreur.

Mais l'expérience de M. Chauveau n'en est pas moins très remarquable et instructive. Associée à celle de MM. Atwater et Benedict, elle tranche la question de l'alcool aliment. L'alcool est un aliment, c'est vrai, mais à la condition qu'il soit pris à la dose et à la dilution physiologiques. Si cette dose est dépassée, ou si l'alcool arrive concentré dans le corps, de façon à produire un effet de masse, ses propriétés toxiques se superposent à ses propriétés alimentaires et les annulent plus ou moins complètement[2].

Ainsi l'alcool est à la fois aliment et poison; mais en cela il ne diffère pas foncièrement des autres aliments. Tout aliment, pris à dose immodérée, devient nuisible. Et quand on dit: « l'alcool est un aliment, j'y consens, mais alors

[1] Cette dose physiologique, quelle est-elle ? Il est impossible de la fixer d'une manière absolue. Il est clair qu'elle doit varier suivant une foule de conditions physiologiques (âge, régime, repos, travail etc.), ou pathologiques, et on ne saurait formuler de règles. Cependant, s'il fallait donner une valeur moyenne, nous pensons, avec M. Roos, que 1 gr. d'alcool par kilogr. du poids du corps et par 24 heures, serait un chiffre acceptable, à la condition, bien entendu, que l'alcool fût ingéré dilué et à doses fractionnées.

[2] C'est une des conséquences de l'action de l'alcool sur les centres nerveux. Soit en effet qu'il excite ces centres et augmente par là l'oxydation des tissus, soit qu'il les paralyse et augmente le rayonnement par vaso-dilatation, son action peut se traduire par la perte d'une quantité d'énergie plus grande que celle qu'il apporte.

Digitized by Google

faites deux classes d'aliments: l'aliment sain et l'aliment poison, » je trouve que cette phrase manque de sens philosophique. D'un aliment quelconque on ne peut ingérer qu'une quantité déterminée sous peine d'en avoir tout au moins une indigestion. On ne se porte bien qu'en vivant de régime, en variant ses aliments. Avez-vous jamais réfléchi à ce qu'il faudrait absorber d'un aliment d'une seule espèce, pour réaliser la ration d'entretien? De viande il en faudrait près de 2 kilogr: quantité qui, si elle était ingérée pendant longtemps, produirait de graves altérations du tube digestif, du foie et des reins. Et de pommes de terre savez-vous ce qu'il en faudrait? 4 à 6 kilogr. Pourrait-on ingérer sans troubles une telle quantité de parmentières? L'expérience a été tentée par Rubner sur un robuste soldat du Haut Palatinat habitué à manger beaucoup de pommes de terre; or, cet individu ne put en consommer plus de 3 kil. 1/2 quoique cette nourriture uniforme lui ait été présentée de la manière la plus variée et la plus appétissante, en salade, à l'étuvée, en robe de chambre, etc., et qu'il en ait mangé toute la journée!

En réalité, *toute substance est aliment et poison suivant la dose.* Mait peut-être se trouvera-t-il quelqu'un pour m'objecter que l'alcool est toxique, même aux petites doses, aux doses alimentaires? Une goutte d'alcool introduite dans le corps serait une goutte de poison. A cela je répondrai par l'expérience séculaire des hommes qui apprend que l'usage des boissons fermentées, dont l'origine se perd dans la nuit des temps, n'a pas été d'une manière générale une cause de dégénérescence de l'humanité, à moins qu'on ne veuille soutenir sérieusement que l'homme actuel est inférieur à l'homme des cavernes.

Le mieux que nous ayons à faire, c'est donc d'admettre que *l'alcool n'est pas toxique aux doses faibles, physiologiques, et à la dilution où il se trouve dans les boissons naturelles fermentées.*

Digitized by Google

Seulement (et c'est la part de vérité qu'il faut concéder à ces formules où l'on range l'alcool dans une catégorie à part, la catégorie des aliments toxiques), avec l'alcool, la dose limite à laquelle il commence à faire sentir sa toxicité est très vite atteinte, tandis qu'avec les autres aliments, la distance qui sépare la dose alimentaire de la dose toxique est vraiment énorme.

De plus, il n'y a guère de danger qu'on abuse d'aliments comme les haricots ou les pommes de terre, tandis que pour l'alcool, chacun le reconnaîtra en faisant son examen de conscience, on se laisse facilement entraîner sur la pente de l'abus. L'alcool n'est pas seulement un aliment, c'est aussi un excitant du système nerveux, et c'est pour cela que l'homme est porté à en abuser. L'alcool a donc véritablement pour ces motifs une place particulière dans la série des aliments ; et s'il doit être rangé à côté de la graisse et du sucre pour ses propriétés de *combustible*, il s'en écarte trop par ses propriétés toxiques pour qu'une assimilation complète avec ces aliments soit jamais acceptable sans restrictions [1].

Nous sommes donc en mesure maintenant de terminer notre définition de l'aliment. Il est clair que nous devons faire entrer dans cette définition la notion de dose, c'est-à-dire de toxicité.

[1] Dans une conférence sur l'action physiologique de l'alcool, faite à la Société antialcoolique de l'Hérault en février 1902, à cette question : l'alcool est-il un aliment ? je répondais par l'affirmative, mais avec la restriction qu'on ne peut guère avoir recours à lui, lorsqu'il s'agit de fournir rapidement au corps une grande quantité d'énergie. Qu'il faille en effet subvenir à une grande dépense d'énergie calorifique, comme dans la lutte contre un froid intense, ce n'est pas l'alcool qui sera l'aliment de choix, mais la graisse. Et qu'il faille d'autre part fournir une grande quantité d'énergie mécanique, ce n'est pas encore l'alcool qui remplira ce but, mais plutôt les hydrates de carbone A ce point de vue, l'alcool est, comme je le disais, un mauvais aliment de chaleur et un mauvais aliment de force. Cependant, cela ne tient pas à son infériorité comme combustible et producteur d'énergie, mais bien seulement à ce fait, qu'au delà d'une certaine dose, ses propriétés toxiques annulent ses qualités alimentaires.

Digitized by Google

Les aliments sont donc, en définitive, *les substances qui fournissent au corps des matériaux de réparation et d'accroissement, ou seulement des matériaux de combustion, sans exercer sur lui d'action nuisible.* Et l'alcool remplit, sans contredit, une partie de ces conditions, pour autant qu'il pénètre dans le corps à doses faibles et fractionnées, et à une dilution suffisante, à la dilution où il se trouve par exemple dans un vin léger.

La question ainsi résolue n'a rien, vous le voyez, qui soit de nature à émouvoir le médecin et les hygiénistes, et c'est bien à tort qu'on mène tant de tapage autour d'elle. Que combattons-nous en effet; que combattent les Sociétés anti-alcooliques? Est-ce cette bouteille de vin léger, sont-ce les 70 grammes d'alcool dilué qu'ingéraient en 24 heures nos expérimentateurs américains? Evidemment non, personne ne s'y trompera de ceux qui n'ont aucun intérêt à se tromper ou plutôt à tromper les autres. L'alcool auquel nous faisons la guerre n'est pas celui de MM. Atwater et Benédict. Tant que les hommes ne boiront au cabaret ni plus ni autrement que le Suédois, le Canadien et le citoyen de l'Union ne le faisaient dans leur calorimètre, il y a apparence qu'ils continueront à se bien porter et qu'ils ne deviendront jamais alcooliques?

La conclusion de tout ceci ne peut donc être que celle que M. Duclaux a donnée lui-même dans son article : *Usons, n'abusons pas.* Mais je la complèterai, pour ma part, en disant: Usons des boissons fermentées naturelles, en quantité modérée, et à table que la carafe d'eau complète la bouteille de vin. N'abusons pas de l'alcool, sous quelque forme qu'il soit, même sous forme de vin. Mais surtout n'usons pas de l'alcool fort, et fuyons comme la peste l'alcool additionné d'essences.

Digitized by Google

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

Séance du 27 Février 1903

Présidence de M. Forgue.

Etaient présents : MM. Puech, Guérin, Abadie, Gaussel, Moitessier, Rimbaud, Maystre, Ausset, Pagès.

La réparation de la symphyse pubienne et les lésions de l'appareil urinaire après la symphyséotomie

Par M. Puech.

A l'occasion de la très intéressante observation qu'il a communiquée dans la dernière séance, M. le professeur Forgue m'a invité à entretenir la Société sur la manière dont se faisait la réparation de la symphyse pubienne après symphyséotomie, et sur les lésions qui, au cours de cette opération, pouvaient se produire du côté de l'appareil urinaire.

1° La symphyse pubienne sectionnée redevient-elle ce qu'elle était auparavant? Si dans les premiers temps qui ont suivi la renaissance de la symphyséotomie on a cru à une reconstitution anatomique parfaite, les recherches cliniques et mieux encore la radiographie ont montré qu'il n'en était rien. A l'aide d'images radiographiques de bassins ayant subi la pelvitomie, M. Bar et M. Varnier, chacun de leur côté, ont montré que dans la plupart des cas il persistait entre les deux pubis un écartement souvent considérable. L'absence de contact des pubis constatée chez la malade de M. Forgue rentre donc dans ce que l'on doit considérer comme la règle.

Mais cet écart permanent des pubis est, à l'ordinaire, sans aucune influence sur la statique pelvienne ; et, dans la grande majorité des cas, la restauration fonctionnelle, à défaut de restauration anatomique, est parfaite : même avec des écarts considérables de 3 et 4 centimètres, la marche s'exécute, en effet, dans les mêmes conditions qu'avant l'opération.

L'union des deux os iliaques, nécessaire à la conservation de la statique pelvienne, a lieu de la façon suivante : entre les deux pubis séparés, il se forme une bandelette fibreuse qui comble en arrière l'espace inter-symphysien ; puis cette bande s'avance entre les pubis et arrive à combler plus ou moins complètement l'espace qui

Digitized by Google

les sépare. L'épaisseur de cette bandelette fibreuse peut être extrêmement réduite : M. Bar, à qui j'emprunte la plupart de ces détails, dit que, dans un cas, elle était si mince, que la plus petite pression exercée sur elle en arrière à l'aide d'un doigt introduit dans le vagin se transmettait aux doigts extérieurs placés en avant.

II° Au point de vue du moment et du mécanisme de leur production, les lésions de la vessie et de l'urèthre peuvent être divisées en chirurgicales, lorsqu'elles résultent d'une échappée de l instrument sectionnant la symphyse; obstétricales, lorsqu'elles se constituent pendant l'extraction du fœtus. — Des lésions de la première catégorie je n'ai point trouvé d'exemple au cours des quelques recherches auxquelles je me suis livré. Les lésions de l'urèthre et de la vessie semblent donc être surtout la conséquence des manœuvres d'extraction fœtale.

Nous avons, dans la dernière séance, discuté leur pathogénie ; disons simplement ici en quoi elles consistent et quelle en est la fréquence.

Du côté de l'urèthre, ce sont des arrachements, des déchirures. Dans certains cas, la lésion est si considérable que le canal de l'urèthre, déchiré et décollé, n'a pu être retrouvé qu'avec de grandes difficultés. — D'autres fois, la paroi de l'urèthre est tellement amincie qu'elle se déchire à l'occasion du premier cathétérisme. — On a vu aussi ces éraillures et ces amincissements déterminer des fistules uréthrales secondaires par sphacèle.

Du côté de la vessie, on a noté des déchirures, des sections des parois antérieure et postérieure ; également la production de fistules vésico-vaginales, - Mais il est rare que les affections vésicales soient aussi considérables que dans le cas communiqué par M. Forgue. Un cas à peu près semblable a été cependant publié par Varnier; il y est dit que : en pratiquant l'examen du vagin aussitôt après l'extraction (au forceps) du fœtus, on constate que son plafond est effondré, on sent à nu les deux corps caverneux du clitoris et entre eux la vessie. Il est impossible de pratiquer le cathétérisme de l'urèthre, qu'on ne retrouve pas. Quatre mois après, on trouvait la vessie réduite à son bas-fond, sa paroi postérieure, une partie du sommet et des parois latérales ; il n'existe plus de paroi antérieure ni d'urèthre. Cette calotte vésicale adhère en haut au tiers supérieur de la face postérieure de la symphyse et sur les côtés à la face postérieure des branches descendantes des pubis; la muqueuse fait hernie à travers une brèche mesurant toute l'étendue comprise entre le col utérin et l'ogive pubienne ; à gauche, il existe un cordon fibreux du volume du petit doigt, vestige probable de l'urèthre détruit.

Ces lésions de l'appareil urinaire qui jettent une ombre défavo-

Digitized by Google

rable sur le pronostic de la symphyséotomie, sans être très fréquentes, ne sont malheureusement pas exceptionnelles.

Au Congrès de Moscou de 1897, Zweifel, sur trente et une symphyséotomies pratiquées par lui, note : une perforation de l'urèthre au cours du cathétérisme ; une inclusion partielle de l'urèthre entre les pubis ; une blessure de la vessie en retirant avec une pince la gaze mise en arrière de la symphyse ; soit trois complications urinaires. — Dans une série de 100 symphyséotomies pratiquées à la clinique Baudelocque par M. Pinard et ses élèves, on compte deux cas de déchirures uréthro-vésicales : celle rapportée par Varnier et que nous venons de citer, et une fistule vésico-uréthro-vaginale. — Enfin, M. Bar, sur 23 symphyséotomies, a observé un cas d'abcès urineux.

En réunissant tous ces faits, on trouve que, sur 154 symphyséotomies, il y a eu 6 lésions de l'appareil uréthro-vésical, soit 3.9 p. 100.

A ces cas, où il y a eu effraction d'organes, on pourrait ajouter ceux où l'on a constaté des troubles fonctionnels du côté de la vessie ; c'est ainsi que, sur les 23 femmes symphyséotomisées par M. Bar, 4 ont présenté de l'incontinence d'urine, persistant pendant plus ou moins longtemps chez trois d'entre elles, établie d'une façon définitive chez l'une.

Sans doute, la possibilité de pareilles lésions doit être présente à l'esprit du praticien appelé à pratiquer la section de symphyse et l'inviter à une grande prudence. Il serait, à mon sens, exagéré d'en prendre texte pour condamner sans merci une opération qui rend, dans certains cas de sténose pelvienne, de grands et réels services. Quelle est l'opération chirurgicale, même la plus simple, dont les bénéfices ne se paient pas par quelques méfaits ?

M. Forgue remercie M. Puech des commentaires très documentés qu'il a apportés à une observation donnée un peu à l'improviste, sans tous les détails qu'elle aurait peut-être mérités. En somme, la proportion des accidents dans la symphyséotomie n'est pas très grande, mais on peut se demander ce qui adviendrait si cette opération était pratiquée par des mains peu habiles. Enfin il y a lieu d'insister sur la gravité de certaines de ces lésions qui paraissent au-dessus des ressources des méthodes autoplastiques de la chirurgie.

Un cas atypique de gangrène des extrémités avec sclérodermie.

par M. RIMBAUD.

Madame R., 51 ans, entre le 18 février 1903 dans le service de M. le professeur Forgue, Salle J.-L. Petit, 25.

Digitized by Google

Un enfant mort en bas-âge ; pas de maladies antérieures.

Il y a quatre mois, la malade a commencé à souffrir de son index droit, éprouvant une sorte de cuisson surtout le matin; le soir, après le travail de la journée, la douleur s'atténuait très notablement. — Un mois après est apparue une petite ulcération atone siégeant au niveau de l'articulation de la deuxième phalange avec la troisième, sur la face dorsale de l'index. Sous l'influence de quelques pansements antiseptiques, l'ulcération, qui était légèrement humide et rougeâtre, est devenue sèche et noirâtre; — les douleurs ont persisté toujours bien vives.

Etat actuel le 20 février.

La malade éprouve des douleurs aiguës dans l'index droit : ces douleurs, supportables dans la journée, s'accentuent la nuit, elles sont vives et lancinantes et s'étendent parfois au pouce et au médius, elles paraissent augmenter de jour en jour et sont assez pénibles pour que la malade demande l'ablation du doigt atteint. — La malade accuse en outre une sensation continuelle de froid aux mains ; et cela il y a trente ans au moins, dit-elle, depuis un jour où ayant pris un bain froid, elle eut beaucoup de peine à se réchauffer, ses mains restant pendant quelque temps glacées et violettes.

A l'examen, l'extrémité de l'index droit paraît complètement sphacélée ; une plaque de sphacèle noirâtre occupe la partie interne de cette extrémité jusqu'au niveau de l'articulation phalangienne. La pulpe est recouverte par un épiderme dur et desséché, mais non sphacélé ; le sphacèle gagne la face dorsale du doigt de façon à former une sorte de bague enveloppant l'articulation. Les tissus sphacélés sont secs et sans odeur spéciale. L'ongle est brunâtre et très fortement incurvé. Bout de doigt paraît plus volumineux, légèrement rouge et en « boudin ». La peau en est très lisse. Les téguments des deux mains paraissent aussi très amincis, ils ont un aspect brillant et uni, la peau en est fine et tendue. Les plis articulaires de la face dorsale ont complètement disparu à la main droite, ils sont peu marqués à gauche.

En outre, sur la face dorsale du pied gauche, existe une ulcération de la dimension d'une pièce de un franc, siégeant au niveau de la tête du quatrième métatarsien. Cette ulcération est érosive, légèrement humide et sanieuse. Elle a débuté, il y a quatre mois, s'est cicatrisée deux fois, pour se reformer ensuite. Dans la même région existe la cicatrice d'une plus grande ulcération qui s'est produite à la même époque à la base des quatre derniers orteils.

Dans ce pied quelques douleurs la nuit, semblables à celles éprouvées dans la main et sensation à peu près continuelle de froid.

Les diverses sensibilités, douleur, température et toucher, sont parfaitement conservées sur les mains et sur le reste du corps.

La face de la malade est couperosée et sujette à de fréquentes

Digitized by Google

poussées éruptives acnéiformes. Parfois, à certains points se forment de toutes petites phlycténes qui disparaissent spontanément en peu de jours.

Aucun trouble des organes des sens ; la malade présente cependant de l'inégalité pupillaire (myosis à droite).

L'examen radiographique fait par M. le professeur Imbert ne montre pas l'atrophie osseuse; les artères, quoique légèrement dures au toucher, sont restées invisibles sur l'épreuve radiographique.

Cette observation nous a paru intéressante à rapporter en ce qu'elle emprunte ses symptômes à deux syndromes morbides qui, pour leur pathogénie, peuvent être rapprochés, la sclérodermie et la maladie de M. Raynaud.

Les lésions sclérodermiques sont évidentes; ayant leur maximum aux mains (sclérodactylie) surtout à droite, elles s'observent aussi aux pieds et à la face avec quelques troubles trophiques.

D'autre part, comme dans la maladie de M. Raynaud nous trouvons des troubles circulatoires ayant déterminé, il y a trente ans déjà, de l'asphyxie locale, se manifestant encore par une sensation continuelle de froid aux extrémités, ayant abouti à la gangrène partielle d'un doigt.

Les phénomènes douloureux sont caractéristiques.

Il est vrai qu'ici ces troubles ne sont pas absolument symétriques. La main droite est plus atteinte que la gauche et l'index droit seul présente des lésions gangréneuses.

Mais ce manque de symétrie, plusieurs fois signalé du reste, ne peut suffire à nous faire exclure ce cas du groupe des asphyxies locales auquel il se rattache par tant d'autres caractères.

Nous avons signalé en outre, chez notre malade, une inégalité pupillaire manifeste : l'origine sympathique de la maladie de M. Raynaud, et sans doute aussi de la sclérodermie, nous paraît aujourd'hui suffisamment établie pour qu'elle nous permette d'expliquer dans une certaine mesure ces phénomènes oculaires.

Ajoutons que nous avons fait chez cette malade l'amputation de l'index avec la tête du métacarpien. La réunion par première intention a été obtenue bien qu'elle ait paru se faire avec plus de lenteur que normalement.

Les phénomènes douloureux ont à peu près complètement disparu.

M. Forgue. — Il aurait été intéressant d'étudier dans l'index enlevé la part des lésions nerveuses et des lésions vasculaires.

Ce sont des cas difficiles à classer ; cette observation semble se rapprocher de la maladie de Raynaud ; ce qui paraît dominer en ce cas, ce sont les troubles vasculaires.

M. Abadie. — Cette malade a des troubles vaso-moteurs du côté de la face ; elle présente en certains points des taches qui semblent dues à de petites hémorragies.

Digitized by Google

M. Forgue. — Il faudrait fixer si la lésion est vasculaire ou nerveuse et, si elle est nerveuse, si l'on a affaire à une lésion centrale ou périphérique.

Chez cette femme, les troubles vasculaires sont manifestes, mais il est probable que le système nerveux est le *primum movens*.

M Gaussel. — Rappelle le cas d un malade du service de M. Grasset atteint de maladie de Raynaud. pour lequel, à cause de souffrances atroces, on se détermina à faire une élongation du médian et du cubital, restée sans grands résultats, et qui succomba plus tard avec des phénomènes cérébraux.

M. Forgue insiste sur la prudence avec laquelle on doit manier les antiseptiques chez ces sujets.

VARIÉTÉS

III^e^. Congrès International de Thalassothérapie de Biarritz

I. — *Rapports.* — 1° Quel est le résultat du séjour au bord de la mer sur les phénomènes intimes de la nutrition ?

Rapporteurs : MM. Albert Robin et Maurice Binet.

2° Quels sont, au point de vue de la généralisation de la tuberculose, les effets de la cure marine ?

Rapporteur : L. le docteur Lalesque d'Arcachon.

3° Quelle est l'influence du séjour au bord de la mer et du traitement marin en général sur l'appareil cardio-vasculaire ?

Rapporteurs : MM. H. Huchard et Fiessinger.

4° La composition comparée de l'eau de l'Océan et de l'eau de la Méditerranée :

Par M. le professeur Garrigou, président du Syndicat médical des stations Pyrénéennes.

II. — *Communications inscrites (dernier délai pour l'envoi des titres fixé au 1^er^ avril)* — Professeur Colombo, (de Rome) ; Dr Jules Félix, (de Bruxelles) ; Dr Tolosa-Latour, (Madrid) ; Dr Claisse, (de Biarritz) ; Dr Dulau, (de Capbreton) ; Dr Candy, (de Bagnères-de-Bigorre) ; Dr Hamonic, (de Paris) ; Dr Houzel, (de Boulogne sur-Mer) ; Dr Lemoine, de (Lille) ; Dr Leroux, (de Paris).

Toutes les Compagnies de chemins de fer français ont accordé la réduction de 50 pour 100 sur le prix des places. La Compagnie du Midi accorde aux Congressistes qui se rendent à Madrid la faculté d'arrêt à Biarritz pendant la durée du Congrès.

Toutes les communications, demandes de renseignements, etc., doivent être adressées à M. le docteur Lobit, secrétaire général du Congrès à Biarritz ; à M. le docteur G Baudouin, secrétaire du Comité parisien d'organisation, 5 rue du Mont-Thabor, Paris, et à M. le docteur Seguel, 68, boulevard Malesherbes, Paris, secrétaire pour les pays étrangers.

L'Éditeur-Gérant : P. DELORD-BOEHM.

Montpellier. — Imprimerie DELORD-BOEHM ET MARTIAL.

Digitized by Google

N° 14 5 AVRIL 1903. TOME XVI

MONTPELLIER MÉDICAL

Journal Hebdomadaire paraissant tous les Dimanches

DE LA

CONTINUATION DE LA GROSSESSE

APRÈS LES ACCÈS D'ÉCLAMPSIE

Par Mme Gaussel-Ziegelmann,

Docteur en médecine, ancienne Interne des Hôpitaux de Montpellier

Nous avons eu l'occasion d'observer, à la Clinique d'accouchements de Montpellier, un cas d'éclampsie de la grossesse, qui a présenté quelques particularités intéressantes et qui nous a engagée à rechercher si les cas de ce genre étaient fréquents. Il s'agit d'une jeune femme de 25 ans, primipare, arrivée au milieu du huitième mois de sa grossesse, qui a été portée à la Clinique le 14 décembre 1902, après avoir eu trois crises d'éclampsie. Depuis une quinzaine de jours elle avait eu des maux de tête, des troubles de la vue et un léger œdème des membres inférieurs. Soumise au régime lacté et au traitement par le chloral en lavements dès son entrée à la Clinique, elle a eu encore trois crises d'éclampsie les jours suivants, dont la dernière a eu lieu le 17 décembre. Cette jeune femme a accouché spontanément d'un enfant vivant le 21 décembre, quatre jours après la disparition des accès éclamptiques. Elle est sortie com-

Digitized by Google

plètement guérie le 24 janvier. Son enfant est vivant et se développe très bien.

Notre maître M. le professeur agrégé Puech a attiré notre attention sur ce point que l'accouchement, survenu quatre jours après la cessation des accès, s'est terminé par la naissance d'un enfant vivant. Ce fait semble être favorable à l'opinion de ceux qui soutiennent que le traitement de l'éclampsie de la grossesse doit être purement médical et que, sauf de très rares exceptions, on n'a pas le droit de provoquer le travail et de faire ce qu'on appelle l'accouchement forcé. Les partisans de la méthode expectative invoquent en faveur de leurs idées, entre autres arguments que nous laissons volontairement de côté, la possibilité de la guérison de l'éclampsie dans certains cas, sans que le cours de la grossesse soit interrompu. On serait exposé, en appliquant le traitement obstétrical d'une façon systématique, à faire naître des enfants chétifs et débiles, qui auraient pu peut-être prolonger leur séjour *in utero* et naître plus vigoureux, à une époque plus rapprochée du terme. Mais la question change de face si on cherche à étudier les opinions des partisans d'une intervention hâtive, qui sont surtout nombreux en Allemagne. Ces derniers affirment que l'évacuation utérine est un des meilleurs moyens pour annihiler les accès éclamptiques ou pour les rendre moins dangereux. Les crises d'éclampsie ont souvent pour résultat la mort de l'enfant, dont la vie est menacée à chaque minute. On voit rarement l'éclampsie guérir et la grossesse continuer un temps assez long pour que l'enfant puisse réellement profiter de son séjour dans le sein de sa mère. Avec la disparition des accès éclamptiques, qui ne sont qu'une des manifestations d'un état morbide complexe, ne disparaît pas encore l'auto-intoxication gravidique ; l'enfant qui reste dans la cavité utérine, tout en exposant la mère à des complications nombreuses et en continuant à réclamer de

Digitized by Google

son organisme déjà touché des sacrifices nouveaux, cet enfant, disent-ils, risque lui-même de succomber, soit par hémorragies placentaires, soit par le fait de cette auto-intoxication qui retentit sur lui. Il nous a paru intéressant de rechercher les cas où la grossesse a continué après la guérison de l'éclampsie, de voir combien de temps après le travail s'est déclaré, et quelles en ont été les conséquences pour l'enfant.

Nous avons consulté les statistiques de Bidder, portant sur 455 cas d'éclampsie [1], de Schreiber sur 137 cas [2], les 80 cas réunis dans la thèse de Tiedemann [3], les 118 cas de Buttner [4], les 92 cas de Stroganoff [5], les 18 cas de Queirel [6], les 9 cas de Mangiagalli [7] et les quelques cas isolés publiés dans divers journaux, ce qui fait un total de plus de 1000 cas d'éclampsie.

Hâtons-nous de dire que, dans ces statistiques, les auteurs englobent souvent tous les cas d'éclampsie sans distinguer ceux dans lesquels elle est survenue pendant le travail à terme. Il nous est donc impossible de donner un chiffre exact des observations d'éclampsie dans le courant de la grossesse, qui sont notées dans ces statistiques. Nous avons réuni 44 observations d'éclampsie, où la continuation de la grossesse a été observée. Il nous a paru intéressant d'en donner le résumé qui suit, après les avoir divisées en 5 groupes suivant le temps que les enfants sont restés dans la cavité utérine, après la guérison des accès.

[1] *Bidder* ; Ueber 455 Fälle von Eklampsie aus der St-Petersburger Gebaeranstaltt. 1873-1891. Arch. für Gyn. Vol. 44.

[2] Schreiber ; Arch. für Gyn. 1896.

[3] Tiedemann ; Ueber die Behandlung der Eklampsie Th. de Königsberg 1897.

[4] Buttner ; Die Eklampsie in Grossherzogthum Mecklenburg-Schwerin wahrend der Zeit vom. 1 Juli 1881 bis 31 Dec. 1891. Arch. für Gyn. Berl. 1902 p. 465.

[5] Stroganoff ; Rouskii Vratch 1892 N 27.

[6] Queirel ; Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique 1896.

[7] Mangiagalli ; Congrès International de 1900.

Digitized by Google

PREMIER GROUPE

La grossesse a continué de 24 heures à 8 jours.

Lantos. Arch. f. Gyn. 1887. Eclampsie de la grossesse. 5 accès, le dernier 27 heures avant l'accouchement, *Enfant mort et macéré.* Guérison de la mère.

Lantos. Arch. f. Gyn. 1887. Eclampsie de la grossesse. Accouchement 2 jours après le début des accès. *Enfant mort* Guérison de la mère.

Dührssen. Arch. Gyn. 1893. Eclampsie de la grossesse. Accouchement spontané 2 jours après le premier accès. *Enfant et mère vivants.*

Dührssen. Arch. für Gyn. 1893. Eclampsie de la grossesse. Bains. Diurétique. Purgatifs. Accouchement spontané 2 jours après d'un *enfant non viable.* Guérison de la mère.

Dührssen. Arch. f. Gyn. 1893. Eclampsie de la grossesse. Anesthésie prolongée (7 heures). Morphine, Chloral. Bain. Accouch. spont. 53 heures après le premier accès *d'un enfant mort.* Mort de la mère 5 heures après par hémorragie consécutive à un ulcère de l'estomac.

Dührssen. Arch. f. Gyn. 1893. Eclampsie de la grossesse. Morphine. Chloral. Bains. Accouch. spont. 53 heures après *d'un enfant mort et macéré.* Guérison de la mère.

Mangiagalli. Congrès international de 1900. Eclampsie de la grossesse à 7 mois. *Veratrum viride.* Cessation des accès. La grossesse continue. Accouch. spont. 3 jours après *d'un enfant vivant.* Guérison de la mère.

Dührssen. Arch. f. Gyn. 1893. Eclampsie de la grossesse. Chloroforme. Morphine. Ether. Accouch. spontané 3 jours après le dernier accès *Enfant mort*, début de macération. Guérison de la mère.

Dührssen. Arch. für Gyn. 1893. Eclampsie de la grossesse. (2 accès) Lavement de chloral. Morphine. Diaphoré-

Digitized by Google

tiques et diurétiques. Accouch. spont., 3 jours après, *d'un enfant vivant*. Guérison de la mère.

Dührssen. Arch. f. Gyn. 1893. — Eclampsie de la grossesse Anesthésie. Chloral. Bains chauds. Accouch. spont., 86 heures après le premier accès, *d'un enfant mort*. Mort de la mère 5 heures après la délivrance.

Dührssen. Arch. f. Gyn. 1893. — Eclampsie de la grossesse. Pilocarpine. Accouch. 4 jours après le premier accès. *Mère et enfants vivants*.

Séné. Mercredi méd. 1895. N° 41. — Eclampsie de la grossesse au septième mois. Entéroclyse. Cessation des accès. Accouch. spont. 4 jours après. *Mère et enfants vivants*.

Goubert. Traitement de l'éclampsie. Thèse de Lyon, 1900. — Eclampsie de la grossesse au septième mois. Accouch. spont. et imprévu 5 jours après la cessation des accès et amélioration notable de l'état général. *Enfant mort*. Mort de la mère par infection puerpérale.

Dührssen. Arch. f. gyn. 1893. — Eclampsie de la grossesse au huitième mois. Accouch. spont., 5 jours après, *d'un enfant mort et macéré*. La mère sort avec une néphrite chronique.

Goldberg. Arch. f. Gyn. 1891. — Eclampsie de la grossesse. Morphine. Chloroforme. Accouch. 5 jours et 9 heures après le premier accès. *Mère et enfants bien portants*.

Horroks. London. Centralblatt. f. Gyn. 1886.—Eclampsie de la grossesse du sixième au septième mois. Chloroforme sans résultat. Injections de pilocarpine. Diminution des accès. Accouch. spont., 8 jours après, *d'un enfant mort et macéré*. Guérison de la mère.

Mangiagalli. Congrès International de 1900.— Eclampsie pendant la grossesse. *Veratrum viride*. Cessation des accès. La grossesse continue avec enfant vivant. *Mort de l'enfant* 8 jours après. Nouveaux accès. Accouch. provoqué par la méthode de Krause. *Veratrum viride*. Guérison de la mère.

Digitized by Google

Schreiber. Arch. f. Gyn. 1886. — Eclampsie de la grossesse. Accouch. une semaine après. *Enfant mort et macéré.* Mère guérie.

Dührssen. Arch. f. Gyn. 1893.— Un seul accès d'éclampsie pendant la grossesse. Morphine. Diurétiques. Bains. Accouch. spont. *d'un enfant mort* 8 jours après. Guérison de la mère.

Büttner. Arch. f. Gyn. 1902, p. 476. — Eclampsie de la grossesse, 8 jours après extraction par la version *d'un enfant vivant*. Mère vivante.

Total. — 21 cas (y compris notre observation personnelle résumée au début de cet article) avec 9 enfants vivants.

Deuxième Groupe

La grossesse a continué de 9 à 16 jours.

Lantos. Arch. f. Gyn. 1887. — Eclampsie de la grossesse. Accouch. spont. 9 jours après le début des accès, *Mère et enfants vivants.*

Bïdder. Arch. f. Gyn. 1893. — Eclampsie 11 jours avant l'accouchement. Grossesse de 7 mois. Accouchement prématuré provoqué à cause des phénomènes d'urémie, qui persistent. *Enfant mort.*

Büttner. Arch. f. Gyn. 1902. T. 65, p. 476. — Eclampsie 2 semaines avant l'accouchement. Cessation des accès. Accouch. d'un *enfant vivant* de 49 cm. de long. Mère vivante.

Commandeur. Prov. méd. 27 sept. 1902. Eclampsie au huitième mois de la grossesse. Lavage de l'estomac. Chloral à hautes doses. Guérison. Continuation de la grossesse et accouchement d'un *enfant vivant* 15 jours après.

Mangiagalli. Congrès international de 1900. — Eclampsie de la grossesse au septième mois. *Veratrum veride* Cessation des accès. Enfant vivant. 16 jours après accouch. spont.

Digitized by Google

d'un *enfant mort* depuis 2 jours. Guérison de la mère.

Total 5 cas. — 3 enfants vivants.

Troisième Groupe

La grossesse a continué de 3 semaines à 1 mois.

Queirel. Congrès de Gyn. et d'Obstétr. 1896. — 1 cas d'éclampsie de la grossesse au huitième mois. Guérison. Continuation de la grossesse. Accouch., 3 semaines après, d'un *enfant mort*.

Duhrssen. Arch. f. Gyn. 1893. — Eclampsie de la grossesse au septième mois. Bains. Morphine. Accouch. spont., 3 semaines après, d'un *enfant mort et macéré*. Mère guérie,

Registre de la Clinique Obst. de Montpellier 1897-98, Obs. N° 29. Eclampsie très grave au début du neuvième mois chez une multipare. 16 crises. Chloral. Chloroforme. Accouchement à terme 23 jours après. *Enfant vivant ;* guérison de la mère.

Mangiagalli. Congrès international de 1900. — Eclampsie de la grossesse. *Veratrum viride*. Cessation des accès. La grossesse continue avec enfant vivant. 23 jours après, nouveaux accès traités par le *veratrum viride*. La grossesse continue. On perçoit les battements du cœur fœtal pendant 10 jours encore. 3 jours après cela, accouch. spontané d'un *enfant mort*. Guérison de la mère.

Büttner. Arch. f. Gyn. 1902. Eclampsie de la grossesse, chez une VIII-pare. Accouch. spont. 3 semaines et demie après. *Enfant vivant*. Mère vivante.

Goubert. Th. de Lyon 1900. — Eclampsie à 7 mois de la grossesse. Lavage de l'estomac. Chloral par la sonde, Guérison avec continuation de la grossesse. Accouch. spont., à 8 mois, d'un *enfant mort*.

Commandeur. Prov. méd., 27 sept. 1902. Eclampsie à 7 mois de la grossesse. Lavage de l'estomac. Chloral par la

Digitized by Google

sonde. Guérison avec continuation de la grossesse. Accouch. d'*un enfant mort* à la fin du huitième mois.

Büttner. Arch. f. Gyn. 1902. Eclampsie de la grossesse au huitième mois. 4 semaines après, expulsion *d'un fœtus mort et macéré*. Mère vivante.

Stroganoff. Rouskii Vratch, N 27, 1902. 4 crises d'éclampsie au septième mois de la grossesse. Cessation des crises avec persistance d'une néphrite rebelle au traitement. Accouch prématuré provoqué un mois après. Enfant *vivant de 1340 grammes.*, vivait un an après.

Total : 9 cas. 3 enfants vivants

Quatrième groupe

La grossesse a continué de 2 à 3 mois.

Observation due à l'obligeance du Dr Reynès, chef de clinique d'accouchements, Eclampsie à 6 mois de la grossesse. Chloral, 14 grammes par jour. La grossesse continue avec enfant vivant. 2 mois après, nouveaux accès. Accouch. d'*un enfant mort*. Guérison de la mère.

Schreiber. Arch. f. Gyn. 1896. Eclampsie de la grossesse. Un accès 3 semaines avant l'accouchement. Grossesse gémellaire. Forceps sur le premier enfant. Sort des enfants inconnu. Mère morte.

Dewar. Scottisch med., ann. surg. Journ. Février 1901. Eclampsie à 6 mois de la grossesse chez une primipare. 17 accès. Bromure, chloral. Guérison avec continuation de la grossesse. Accouchement à terme sans accidents. *Enfant vivant*.

Total : 3 cas. 1 enfant vivant.

Cinquième Groupe

Les renseignements relatifs à la continuation de la grossesse ou au sort de l'enfant sont incomplets.

Digitized by Google

Commandeur. Prov. méd., 27 septembre 1902.— Eclampsie de la grossesse à 6 mois 1/2. Lavage de l'estomac. Chloral. Guérison avec continuation de la grossesse. La date de l'accouchement n'est pas signalée.

Commandeur. Prov. méd., 1902. — Eclampsie de la grossesse à 6 mois 1/2. Chloral. Disparition de l'albumine six jours après. La grossesse continue avec enfant vivant. Accouchement ?

Bidder. Arch. f, Gyn., 1893. T. 44. Eclampsie de la grossesse au huitième mois. Guérison. La grossesse continue et la femme sort de l'hôpital. Pas de nouvelles ultérieures.

Bidder. Arch. f. Gyn., 1893. — Eclampsie au début du neuvième mois. Traitement médical. Guérison avec continuation de la grossesse. Accouchement ?

Dührssen. Arch. f. Gyn., 1893. Eclampsie de la grossesse. Anesthésie. Trait. diaphorétique. Mort de l'enfant pendant les accès. La femme sort avec l'enfant mort *in utero*...

Stroganoff. Rousskii Vratch, n° 27, 1902. — Trois crises d'éclampsie dans le courant d'une grossesse normale. Continuation normale de la grossesse dans la suite, avec absence complète d'albumine. Accouchement à terme d'*un enfant vivant*.

(A suivre).

Digitized by Google

REVUE DES COURS

DE LA GOURMANDISE AU POINT DE VUE PHYSIOLOGIQUE[1]

CONFÉRENCE DE PHYSIOLOGIE (JANVIER 1902)

Par le Dr **POUJOL**

A propos de chacune des sécrétions digestives, j'aurai à vous exposer les résultats apportés par Pavlow, de qui les travaux récemment vulgarisés ont fort avancé nos connaissances sur la physiologie de la digestion. Je voudrais vous résumer aujourd'hui les notions neuves apportées par le physiologiste russe touchant la digestion stomacale : elles sont particulièrement intéressantes, en ce qu'on y peut trouver la justification de nos habitudes gastronomiques traditionnelles, ainsi que j'essayerai de vous le montrer.

Résumons d'abord les faits expérimentaux ; ils forment deux groupes : le premier comprend l'expérience fondamentale dite du « repas fictif » et les observations complémentaires qui s'y rapportent ; le second groupe vise les effets sécrétoires exercés par diverses substances alimentaires, directement portées au contact de la muqueuse stomacale.

Voici d'abord l'expérience « du repas fictif » On a pratiqué, chez un chien, une fistule gastrique ordinaire. Chez le même animal, l'œsophage a été sectionné transversalement à la base du cou, et les deux bouts du conduit sectionné ont

[1] Les éléments de la présente conférence sont empruntés à Pavloff. Le travail des glandes digestives ». Traduction Pachon et Sabrazès, Paris, 1901, Masson.

Digitized by Google

été abouchés à la plaie. La cicatrisation opérée, on peut à volonté, soit faire arriver les aliments dans l'estomac au moyen d'une sonde introduite dans le bout inférieur de l'œsophage, soit donner à l'animal du pain ou de la viande, qui seront mastiqués et déglutis, mais retomberont à l'extérieur par la fistule de la base du cou. Or, si ayant laissé l'animal quelques heures à jeun, on lui présente des aliments agréables, qui sont acceptés et avalés avec avidité, on peut constater que, bien qu'aucune parcelle alimentaire ne soit parvenue jusqu'à l'estomac, ce «repas fictif,» n'en a pas moins provoqué une sécrétion gastrique abondante. Il suffit, pour s'en assurer, de laisser ouverte la fistule gastrique. Cinq minutes (jamais plus tôt) après le début du repas, les premières gouttes de suc apparaissent, et se succèdent ensuite rapidement. On peut prolonger l'expérience : le pauvre animal n'envisage pas combien l'opération à laquelle il se livre lui est d'un médiocre profit, et, comme la sensation de faim ne s'apaise pas chez lui, et pour cause, il peut continuer de dévorer pendant trois, quatre heures, si on veut. Or, tant que dure le repas, la sécrétion gastrique continue, elle aussi, et l'on peut ainsi recueillir, en une seule séance, 600 ou 700 gr. de suc. Le repas terminé, la sécrétion se prolonge encore, en diminuant de quantité, pour cesser complétement, après seulement 3 ou 4 heures.

Quel est, dans cette expérience, le mécanisme physiologique de la sécrétion? on ne peut l'attribuer au contact des aliments avec la muqueuse gastrique, puisque ce contact n'existe pas. Il ne s'agit pas davantage d'un réflexe dont le point de départ serait dans une excitation chimique ou mécanique des muqueuses de la bouche ou du pharynx : en effet, la sécrétion ne se produit pas si on fait mâcher à l'animal de petites éponges imbibées de solutions diverses à saveur accentuée (vinaigre, condiments divers), mais non proprement alimentaire. On ne peut enfin supposer une

Digitized by Google

association fonctionnelle, une synergie d'un centre sécréteur bulbaire avec ceux de la mastication, de la déglutition: nous allons voir, en effet; que la sécrétion peut apparaître sans que l'animal mâche ou avale.

La cause immédiate de la sécrétion est ici un mouvement de l'âme: c'est le plaisir que fait éprouver à l'animal la vue des aliments, c'est la satisfaction qu'il éprouve à s'en emparer et à les goûter qui met en branle son appareil sécréteur. Et en effet, la sécrétion se produit alors que cette cause d'ordre psychique existe à l'exclusion de toute autre. A un chien porteur d'une fistule stomacale, dont on laisse ouverte la canule, on montre de la viande crue, on la lui manie sous le nez, on fait mine de la lui donner, puis on la retire : l'animal suit tous les mouvements de l'opérateur avec une vive attention et le désir évident de se voir enfin livrer le morceau promis. Cinq minutes après le début du manège, la première goutte de suc gastrique perle à l'orifice de la canule, puis la sécrétion s'établit, parfois aussi abondante dans cette « fiction de repas fictif » que dans le « repas fictif » lui-même. Des dizaines de centimètres cubes peuvent être recueillis dans un court espace de temps. Il faut, pour que l'expérience réussisse, que l'animal soit en bonne santé et à jeun, que le morceau présenté soit vraiment alléchant, enfin que le chien croie fermement à une prochaine entrée en possession. Le mécontentement, une impression douloureuse inhibent la sécrétion. Dans une telle expérience, le seul facteur en cause est évidemment le désir de l'aliment, le plaisir attendu de son ingestion : c'est là le premier et le plus actif des excitants de la sécrétion gastrique. Ajoutons que ce désir est naturellement lié et proportionné à cette sensation intime, si bien connue de tous et si difficile à définir et à localiser, qui est la faim, ou son degré atténué, l'appétit. C'est donc l'appétit qui est l'origine d'une sécrétion gastrique abondante.

Digitized by Google

Des observations complémentaires et confirmatives des précédentes ont été faites par Pavloff sur des chiens préparés de la façon suivante : au moyen d'incisions convenables, on isole de la paroi de l'estomac un large lambeau au moyen duquel on constitue un cul-de-sac qu'on abouche à la paroi abdominale. La cavité du grand estomac est ensuite reconstituée par des sutures. Le lambeau dont on a fait le cul-de-sac isolé a été taillé de façon à lui conserver ses nerfs et ses vaisseaux. On a ainsi isolé de l'estomac une poche, dont la sécrétion peut être recueillie à l'extérieur sans mélange d'aliments, et qui, restant soumise aux mêmes influences nerveuses ou vasculaires que le grand estomac, peut être prise pour témoin de l'activité sécrétoire de ce dernier. Des expériences convenables ont permis, en effet, de s'assurer que la sécrétion du cul-de-sac isolé était toujours proportionnée comme quantité et identique de qualité, à celle du grand estomac.

Sur de tels chiens, Pavloff a pu établir que, dans le repas normal, la sécrétion gastrique initiale est toujours d'origine psychique : elle correspond au flot sécrétoire observé dans le repas fictif. C'est ainsi qu'à un même animal on donne, dans deux expériences comparatives, une fois 200 grammes de pain, une fois 200 grammes de viande. On peut s'assurer, en observant la sécrétion du cul-de-sac isolé, que les quantités et qualités du suc de la première heure sont identiques dans les deux cas (plus tard s'accusent des différences en rapport avec la qualité de l'aliment); et de plus, que les quantités sécrétées dans les premières heures, dans un repas réel, sont équivalentes à la sécrétion provoquée par un repas fictif d'égale durée. C'est que le pain et la viande plaisent également à un chien à jeûn. Au contraire, un repas de lait, qui plaît médiocrement à l'animal, ne provoque qu'une sécrétion initiale peu abondante et peu active.

Ce repas fictif, lui-même, provoque une sécrétion d'autant

Digitized by Google

plus abondante que l'aliment offert est plus agréable à l'animal : la viande crue, par exemple, sera plus efficace que la viande cuite. La sécrétion sera aussi plus active si le chien a été soumis au jeûne.—Enfin, si à un chien, à petit estomac isolé, on donne quatre petits repas de viande crue, espacés d'une heure et demie par exemple, on peut s'assurer, par l'observation de la sécrétion du cul-de-sac stomacal, que chaque ingestion est l'occasion d'une vive recrudescence sécrétoire.

Tout cela concourt à démontrer l'origine psychique de la sécrétion gastrique initiale dans le repas normal. On peut parfaire la démonstration, en faisant en sorte que ce facteur psychique initial ne puisse pas intervenir. L'expérience consiste, chez un animal porteur d'une fistule gastrique à large ouverture, à introduire subrepticement les aliments dans l'estomac par l'orifice de la canule, en profitant du sommeil de l'animal, ou en détournant son attention. L'observation sera plus aisée si l'animal est porteur, en outre, d'un cul-de-sac stomacal isolé ; dans de telles conditions, la marche de la sécrétion est tout à fait différente de ce qu'on voit dans le repas normal. Certains aliments, le pain, l'albumine cuite, ne provoquent absolument aucune sécrétion ; d'autres, la viande crue par exemple, provoquent une sécrétion sur la nature de laquelle nous allons revenir, mais tardive, après un temps perdu qui peut atteindre 3/4 d'heure. Le flot sécrétoire initial, que nous avions vu paraître après cinq minutes dans le repas, soit normal, soit fictif, fait complètement défaut.

Considérons donc comme établi que c'est le plaisir même du repas qui donne le branle au processus sécrétoire : il s'agit ici d'une excitation d'origine corticale. Ajoutons que Pavloff a fait la démonstration expérimentale, que cette excitation gagne l'estomac par la voie des pneumogastriques.

Digitized by Google

Un repas ordinaire ne dure guère que quelques minutes. L'expérience du repas fictif permet de vérifier, que la sécrétion psychique initiale s'est éteinte, trois heures après le repas. Cependant, on peut s'assurer que certaines digestions gastriques normales, se prolongent jusqu'à 10 et 12 heures après l'ingestion des aliments. Pendant tout ce temps, la sécrétion gastrique s'est prolongée : c'est donc qu'un mécanisme nouveau est intervenu. Quel est-il ?

On a longtemps admis que l'irritation mécanique, produite sur la muqueuse stomacale par le contact des aliments, était capable de provoquer la sécrétion par action réflexe. C'est, dit Pavloff, « une erreur lamentable qui a dégénéré en préjugé opiniâtre ». Erreur lamentable en ce que, cette explication simpliste une fois admise, on ne cherchait pas au delà et l'on continuait d'ignorer les mécanismes bien plus délicats dans la connaissance desquels nous commençons d'entrer. Pavloff s'est appliqué à faire voir la réelle inefficacité de l'excitant mécanique. Nous tiendrons, si vous le voulez bien, ce point pour démontré.

Le facteur nouveau de sécrétion qui entre en jeu pour se substituer à l'excitation psychique initiale, réside bien dans une excitation provenant des aliments parvenus dans l'estomac. Mais cette excitation n'est pas mécanique, c'est à-dire indifférente; elle est chimique, par conséquent liée à la nature même de l'aliment, et exercée par des substances liquides ou dissoutes. Comment l'action excitatrice s'exerce-t-elle ? est-ce par une pénétration directe jusqu'aux glandes par la voie vasculaire, ou par un mécanisme réflexe ? Pavloff admet cette dernière solution. C'est un point que nous pouvons négliger. Il est plus important pour nous, au point de vue des déductions pratiques auxquelles nous tendons, de savoir quelles sont les substances auxquelles on a trouvé un pouvoir excito-sécréteur, et celles qui sont, soit indifférentes, soit même inhibitrices.

Digitized by Google

Leur détermination a fait l'objet du deuxième groupe d'expériences que je visais au début de cette leçon. Ces expériences ont consisté, chez un chien porteur d'un cul-de-sac stomacal isolé et d'une fistule du grand estomac, à introduire, par la fistule, dans la cavité gastrique, divers liquides, des solutions d'aliments simples ou bien des aliments composés, et à noter les quantités et qualités de la sécrétion qui s'en suivait. On faisait, bien entendu, le nécessaire pour éviter toute sécrétion psychique.

Notons encore qu'il s'écoulait toujours dans ces conditions, même avec les substances actives, un temps perdu prolongé entre l'introduction de la substance et la sécrétion. Les résultats ont été les suivants :

L'eau, l'eau pure, à doses suffisantes (300 ou 400 grammes) s'est montrée douée d'un certain pouvoir excito-sécrétoire. Il en a été de même pour le lait, les solutions de gélatine. — La viande crue pulpée s'est, elle aussi, montrée active ; actives aussi les solutions d'extrait de viande Liebig. — Par contre, la viande cuite, les peptones, la créatine et la créatinine (ces dernières si abondantes dans l'extrait de viande), l'empois d'amidon, les sucres, n'ont provoqué aucune sécrétion. Je reviendrai sur ces faits pour en montrer l'importance pratique ; mais une mention particulière doit être accordée à l'albumine crue ou cuite, au pain et aux graisses. — Les solutions d'albumine n'ont pas provoqué plus de sécrétion que l'eau pure. Quant à l'albumine cuite et au pain, ces substances alimentaires, directement introduites dans l'estomac, n'y provoquent absolument aucune sécrétion. Nous savons pourtant que, si on les donne en repas normal, l'estomac les digérera au moyen d'une sécrétion qui se prolongera six ou sept heures par exemple, très au delà, par conséquent, de la durée de la sécrétion psychique.

Comment s'expliquer, dès lors, la sécrétion des trois ou

Digitized by Google

quatre dernières heures ? Chigin, un élève de Pavloff, admet que le pain ou l'albumine cuite, dépourvus d'action chimique excito-sécrétoire, peuvent, par contre, être transformés, par l'action du suc gastrique, en produits de digestion dont certains jouissent du pouvoir excito sécréteur. Le suc psychique, grâce auquel la digestion commence, en assurerait de plus la continuation, en mettant en liberté ces produits dérivés, par eux-mêmes provocateurs de la sécrétion. C'est en ce sens que Chigin donne le nom de « suc d'amorce » à la sécrétion psychique initiale. Mais si la sécrétion psychique fait défaut, l'amorçage pourra être fait par une substance choisie parmi les excitants chimiques tels que l'extrait de viande. Enfin, les graisses ont une action inhibitoire de la sécrétion : chez un chien gastro-œso phagotomisé, on introduit dans l'estomac 100 centimètres cubes d'huile ; si un quart d'heure après, on fait chez cet animal l'expérience du repas fictif, on n'observe qu'une sécrétion très peu abondante, après un temps perdu prolongé. On peut s'assurer aussi que le lait écrémé, introduit directement dans l'estomac, provoque une sécrétion plus abondante que si on lui a laissé sa matière grasse ; c'est une particularité dont il il serait peut-être imprudent d'instruire les laitiers.

En résumé, voici comment, d'après tout ce qui précède, nous pouvons nous figurer ce qui se passe dans une digestion normale : le plaisir même de manger provoque, dès le début, le flot sécrétoire du suc d'appétit ou suc psychique auquel revient le rôle prépondérant dans la première phase de la digestion ; puis ce facteur initial de sécrétion diminue progressivement d'importance, et cède la place à l'action excito-sécrétoire directe, soit des substances alimentaires elles-mêmes, soit de leurs produits de transformation sous l'influence du suc psychique.

(*A suivre*).

Digitized by Google

LE MOIS MÉDICAL

(Février et Mars)

A l'Académie de Médecine, la suite de la discussion du projet de réglementation des boissons à essences occupe une grande partie des séances; à l'Académie des Sciences, les communications du professeur Bouchard sur la radioscopie du cœur chez les tuberculeux et dans divers états pathologiques, et celles de Charrin et Léri sur les lésions du système nerveux d'enfants nés de mères malades; à la Société de Neurologie, une importante discussion sur la lymphocytose dans le tabes; tels sont les faits importants des deux mois écoulés.

Académie de Médecine. — M. Hanriot essaie de fixer les limites de tolérance à admettre dans la préparation des liqueurs : un gramme d'essence par litre de liqueur; dix centigrammes seulement par litre pour l'acide cyanhydrique ; limiter à 30° le degré des liqueurs alcooliques ; prohibition absolue de l'alcool méthylique, tolérance de l'alcool amylique à dix centigrammes par litre.

M. Laborde s'oppose à pareille motion pour éviter que l'on puisse un jour présenter au public des liqueurs revêtues de la mention : « conforme à la formule de l'Académie de Médecine » Il faut éviter cette approbation officielle — et proposer plutôt la lutte contre les essences reconnues dangereuses et dont la liste a été adoptée précédemment, par le moyen d'énormes surtaxes paralysant la consommation et s'élevant au rang de véritables mesures prohibitives.

Cette longue discussion prend fin par l'adoption des conclusions suivantes :

1° L'Académie déclare que, toutes les essences, naturelles ou artificielles, ainsi que les substances extraites, incorporées à l'alcool ou au vin, constituent des boissons dangereuses et nuisibles ;

2° L'Académie déclare que, le danger de ces boissons résultant à la fois des essences et de l'alcool qu'elles renferment, elles mériteraient toutes, quelle que soit leur base, d'être proscrites, et que tout au moins il y a lieu de les surtaxer d'une façon telle que cette surtaxe devienne prohibitive ;

3° L'Académie signale en particulier le danger des apéritifs,

Digitized by Google

c'est-à-dire des boissons à essences et alcool ingérées à jeun; le fait que ces boissons sont prises avant les repas rend en effet leur absorption plus rapide et leur toxicité plus active ;

4° Enfin l'Académie émet le vœu qu'il soit pris des mesures efficaces pour diminuer le nombre des débits de boissons.

Une longue séance est occupée par une communication de M. Lannelongue, d'après qui la maladie de Parrot et la maladie de Paget, dont les causes étaient restées inconnues jusqu'ici, devraient être rattachées à l'hérédo-syphilis.

A signaler aussi une note de M. Fernet sur la fréquence des adénopathies axillaires au début de la tuberculose pulmonaire ; ces adénopathies, uni ou bilatérales, coexisteraient ou non avec des adénopathies trachéo-bronchiques ou cervicales.

Académie des Sciences. — Bouchard et Balthazard étudient les variations du rapport de l'aire du cœur au poids de l'albumine fixe normale des tissus, chez les tuberculeux.

Ce rapport est diminué dans les deux premières périodes de la maladie, pour augmenter dans la troisième, en raison de la dilatation cardiaque résultant de la sclérose pulmonaire et de l'extension des lésions caséeuses et cavitaires. Ce même rapport a été étudié par eux dans toutes les affections organiques du cœur ou de l'aorte, dans l'artério-sclérose, les néphrites, la syphilis, les affections génito-urinaires. Dans tous ces cas, les dimensions du cœur peuvent être égales ou supérieures à la normale; elles ne lui sont jamais inférieures, excepté chez les tuberculeux à la première et à la deuxième période.

Charrin et Léri, dans la plupart des moëlles d'enfants nés de mères malades et ayant succombé peu après la naissance, ont trouvé au microscope des lésions dont les principales étaient des hémorragies. Si ces enfants avaient vécu, ces foyers auraient pu s'opposer au développement ultérieur de certains faisceaux, détruire des fibres déjà formées ou produire des scléroses, en un mot créer des tares cérébro-médullaires se montrant dès la naissance ou susceptibles de se développer plus ou moins longtemps après.

A la *Société de Biologie*, Gilbert et Herscher étudient les rapports des angiomes cutanés avec les maladies du foie. Ils en distinguent deux variétés : angiomes capillaires occupant surtout le tronc; angiomes artériels, occupant la face et les extrémités. Les uns et les autres sont en corrélation avec un état pathologique avéré ou

Digitized by Google

latent du foie ou des voies biliaires. Claude, à la Société médicale des hôpitaux, sur le même sujet, rappelle que Bouchard a signalé le fait depuis déjà longtemps, et n'accorde une valeur dans la pathologie hépatique qu'aux nœvi artériels.

Gilbert et Lippmann, ayant étudié bactériologiquement la bile en milieux anaérobies, montrent que les voies biliaires extra-hépatiques sont le siège d'une flore microbienne anaérobie importante et encouvrant toute l'étendue; les aérobies (colibacille, entérocoque) ne se rencontrent que dans le tiers inférieur du cholédoque, près de l'intestin. Les voies intrahépatiques sont absolument stériles.

Parmentier, à la *Société Médicale des hôpitaux*, propose d'appliquer la cryoscopie du lait à la recherche des adultérations de ce liquide. Un point de congélation supérieur à 0°55 est l'indice certain du mouillage. Ce mouillage existe dans *tous les hôpitaux*, comme en ville, dans une proportion de 5 à 30 °/₀.

A la *Société de Neurologie*, entre Armand-Delille et Camus d'une part, Widal, Sicard et Ravaut de l'autre, s'engage une vive discussion sur la constance de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien dans le tabes. Niée par Armand-Delille et Camus, cette constance est affirmée par Widal et ses élèves, qui, à côté de lymphocytoses évidentes, distinguent des lymphocytoses discrètes, et d'autres extrêmement discrètes, répondant aux cas considérés par les premiers auteurs comme exprimant une lymphocytose nulle. A cette occasion, Achard et Grenet rappellent que, dans la paralysie générale, il peut y avoir des éclipses de cette lymphocytose, éclipses temporaires d'ailleurs.

Hallopeau, à la *Société de dermatologie et de syphiligraphie*, signale les résultats négatifs qu'il a obtenus dans deux tentatives d'inoculation de la pelade d'homme à homme. Il y aurait donc des pelades non contagieuses.

A l'*Etranger*, la Société de Médecine Berlinoise s'occupe de la tuberculose par ingestion, dont elle reconnaît la possibilité, et du pronostic des arythmies du cœur.

Sormani décrit un microbe de la rage; Jakob signale l'intérêt diagnostique de la ponction lombaire dans un cas de kyste hydatique du cerveau.

Enfin, la Commission de la Fièvre Jaune, nommée aux Etats-Unis pour étudier l'agent de cette maladie, refuse au bacille de Sanarelli toute valeur spécifique et le considère comme un agent d'infection secondaire.

Digitized by Google

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

—

Séance du 6 mars

Présidence de M. Guérin.

Etaient présents : MM. A. Imbert, Rodet, Estor, Puech, Abadie, Reynès, Lagriffoul, Gaussel, Mme Gaussel, Moitessier, Sarradon, Maystre, Pagès.

Hernie étranglée chez un enfant de quinze jours (pincement latéral)

Par M. le Professeur Estor.

G. I. ., 15 jours, entré à l'hôpital le 5 mars 1903, à 5 heures du soir.

Jusqu'au 4 mars, on ne s'était pas aperçu que cet enfant était atteint d'une hernie.

Hier matin, à 10 heures, il a commencé à vomir ; et à 3 h. 1/2 seulement, le docteur Redon a constaté une *hernie inguinale gauche irréductible* et a pratiqué le taxis.

Dans la nuit du 4 au 5, l'enfant a continué à vomir, ainsi que pendant toute la journée du 5.

Au cours de cette période d'étranglement, il est allé plusieurs fois à la selle ; et il a rendu encore des matières au moment où on allait l'opérer.

Etat le 5 mars à 8 heures du soir. — Vomissements porracés ; *hernie testiculaire volumineuse, irréductible.* Malgré l'émission en quantité notable de matières, et bien que nous ne puissions pas supposer qu'elles ne soient fournies que par le bout inférieur, nous nous décidons à intervenir.

Anesthésie au chloroforme ; à l'ouverture du sac, on trouve une anse grêle brunâtre, en contact avec le testicule. Nous débridons, et nous constatons de la façon la plus nette un sillon constricteur qui, au lieu d'être circulaire, est disposé longitudinalement ; on voit très bien deux sillons, un antérieur et un postérieur ; c'est un

Digitized by Google

cas indiscutable de pincement latéral. L'intestin paraît en assez bon état pour être réduit.

Suture du trajet inguinal par un point au catgut ; l'enfant a très bien supporté l'opération.

On avait pensé, le cours des matières fécales n'étant pas interrompu, à une appendicite herniaire.

Cette observation est intéressante, à cause de la rareté de l'étranglement herniaire chez l'enfant et du mode d'étranglement (pincement latéral).

M. Puech a pu observer deux cas d'étranglement herniaire chez de tout jeunes enfants, pendant qu'il remplaçait M. Estor les vacances dernières.

Pour un premier enfant il réussit à obtenir la réduction par le taxis sous le chloroforme.

Dans le second cas il s'agissait d'un enfant de 26 jours qu'on avait apporté à la crèche de la Maternité sans donner de renseignements. On s'aperçut le jour même de son arrivée qu'il était porteur d'une hernie inguinale et que cette hernie était étranglée. Cet enfant fut dirigé sur le service de M. Estor, où M. Puech pratiqua la kélotomie. La réduction du contenu intestinal fut particulièrement pénible : ce contenu était constitué par du gros intestin avec cæcum et appendice et par de l'intestin grêle. L'enfant guérit après des suites opératoires assez mouvementées.

Les cas d'étranglement herniaire chez l'enfant ne sont pas extrêmement fréquents : dans son mémoire publié dans la *Revue de Chirurgie* M. Estor n'a pu en réunir que 220 cas.

Des observations analysées dans ce mémoire il semble que la mortalité dans la kélotomie chez l'enfant ne soit pas très grande, mais il faut toujours tenir compte de ce qu'on publie surtout les cas heureux.

M. Estor. — La présence du cæcum et de l'appendice dans le sac herniaire observée par M. Puech est très fréquente chez l'enfant, alors qu'elle est rare chez l'adulte. On est de plus frappé de la longueur de l'appendice cæcal chez ces jeunes enfants : elle atteint fréquemment 5 centimètres, alors qu'elle n'est que de 10 centimètres chez l'adulte.

Les classiques disent que l'étranglement herniaire chez l'enfant cède facilement au taxis : c'est un fait inexact et l'on a vu des ruptures intestinales à la suite de manœuvres de taxis chez l'enfant,

Digitized by Google

mais ce que l'on doit reconnaître, c'est que l'on a plus de temps pour opérer à cause de la largeur relativement plus grande du canal inguinal.

Splénomégalie chronique avec leucémie et séro-diagnostic d'Arloing positif.

Par le Docteur J. Abadie, Chef de Clinique chirurgicale

J'ai l'honneur de présenter à la Société une observation clinique qui rentre dans cette catégorie chaque jour plus grande des cas médico-chirurgicaux ; leur intérêt est grand par la difficulté si fréquente de leur diagnostic, par les hésitations qui précèdent l'adoption ou le refus d'une intervention sanglante, surtout enfin par l'imprécision des descriptions cliniques et l'obscurité des données pathogéniques. Il y a, ainsi, dans le domaine du foie et de la rate par exemple, un terrain vague où il n'est pas trop des lumières associées des médecins et des chirurgiens pour apporter quelque clarté.

Observation. — Il s'agit ici d'une femme, âgée de 47 ans, qui a toujours habité un pays très sain, montagneux, sur les premiers contreforts des Cévennes et dont la santé robuste a toujours été irréprochable jusqu'en octobre 1902.

A cette époque, il y a cinq mois, une douleur vive se manifesta dans l'hypochondre gauche, avec irradiations dans l'épaule. Puis son siège fut constant dans l'hypochondre et une tumeur se développa dans cette région de l'abdomen. En même temps constipation tenace.

En février 1903, la malade entre dans le service de M. le professeur Forgue, salle Jean-Louis Petit, n° 33. Le fait dominant est l'existence dans le flanc gauche d'une volumineuse tumeur peu saillante mais qui est cependant visible par la convexité très nette qu'elle détermine dans l'intervalle costo-iliaque. La palpation apprécie exactement ses limites et ses caractères : dure, à surface régulière, uniformément convexe, elle s'étend verticalement du 7e espace intercostal à l'épine iliaque antéro-supérieure, qu'elle dépasse même en sa partie déclive un peu en avant ; et transversalement la tumeur avance jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic, en arrière jusqu'à 4 travers de doigt de la ligne épineuse. Le bord antérieur est très nettement appréciable à travers la paroi abdominale: il est

Digitized by Google

tranchant avec quelques incisures ; en arrière le bord postérieur est perceptible mais de façon moins précise. Le palper bimanuel montre que la tumeur est située non pas dans l'angle costo-vertébral lombaire, mais plus en dehors dans le flanc même Enfin, la tumeur est douloureuse à la pression, mais sans aucun phénomène inflammatoire local ; dans toute son étendue, matité. Il s'agit de la *rate*.

Le *foie* est abaissé, hypertrophié, et son bord inférieur arrive au niveau du plan de l'ombilic.

Le *poumon* gauche donne une submatité marquée au sommet avec signes stéthoscopiques d'induration ; du côté droit, sibilances dans la région du hile.

Les *ganglions lymphatiques* ne semblent nulle part hypertrophiés.

La *séparation des urines*. pratiquée avec le diviseur vésical de Luys, donne pendant un intervalle d'un quart d'heure environ 3 cc. du côté gauche, 6 cc. du côté droit. Voici les résultats de l'analyse faite par M. le professeur agrégé Moitessier.

	Gauche	Droite
Quantité envoyée...	3 cc.	6 cc.
Réaction.....	acide	acide
Urée.....	5,6	9,5 par litre
Chlorures.....	4,5	7 —
Albumine.....	0,2	0,5 —

Sédiments : plus abondants à droite qu'à gauche ; même composition qualitative : cellules épithéliales, leucocytes et hématies peu nombreux (peut-être un cylindre dans le sédiment de droite).

L'examen du sang, pratiqué par M. le docteur Calmette, montre l'existence de 4.600 000 globules rouges par m m c. et de 123.000 globules blancs, soit une proportion de 1 pour 37, au lieu de 1 pour 600, rapport normal.

Enfin, M. le docteur Lagriffoul a bien voulu essayer le *séro-diagnostic d'Arloing*, et a obtenu un résultat nettement positif.

Pendant les 12 jours qui ont suivi son entrée à l'hôpital, la malade a présenté chaque soir une température variant entre 38° et 39° ; après administration de quinine, la température vespérale est descendue à la normale, mais peu à peu elle a présenté une ascension progressive.

En résumé, il s'agit d'une *grosse rate* associée à une *hypertrophie*

Digitized by Google

du foie bien moins considérable, mais nette, accompagnée d'une *leucémie* très marquée, avec *séro-diagnostic d'Arloing positif*.

Le diagnostic de siège ne saurait faire de doute ; la tumeur correspond bien à la rate, et, si le rein gauche accuse une diminution fonctionnelle, il y faut voir sans doute un trouble de compression.

Mais s'il s'agit de porter un diagnostic de nature, le problème devient singulièrement plus difficile.

Il faut naturellement éliminer les *splénomégalies aiguës*, manifestes dans presque toutes les infections aiguës, dont l'exemple clinique le plus frappant est l'augmentation de volume de la rate dans la fièvre typhoïde.

Il ne saurait non plus être question d'une *tumeur de la rate*, kyste hydatique, fibrome ou sarcome, noyaux cancéreux secondaires. Le kyste, d'ailleurs rare, est une tumeur surajoutée, accolée à la rate, ne déterminant pas une hypertrophie uniforme de l'organe et c'est une tumeur liquide. De même les fibromes, les sarcomes spléniques, évoluent en une région limitée de la rate ; enfin les noyaux cancéreux secondaires sont rarement assez volumineux pour accroître son volume.

Notre cas rentre donc dans le cadre des *splénomégalies chroniques*.

Le tableau de ces splénomégalies est encore à peine esquissé ; sans aucune précision, les contours des différents types cliniques se confondent et s'enchevêtrent ou s'écartent sans fermeté de part et d'autre de lignes de séparation artificiellement établies, chaque jour sujettes à retouches. A peine quelques individualités morbides se détachent de cet ensemble confus avec une physionomie particulière, nettement accusée. Il est bon, à ce sujet, de lire le rapport fait au Congrès de chirurgie de 1901, par M Février[1] sur la chirurgie de la rate et, plus récemment encore, la revue générale que M. Déléarde[2] a écrite avec une méthodique clarté dans l'*Echo Médical du Nord*.

Par ordre, nous éliminerons d'abord les splénomégalies par congestion passive, associées à une maladie de cœur dont notre malade ne présentait aucun signe.

Viennent ensuite les *splénomégalies secondaires*, splénomégalies avec altération du foie. Qu'il s'agisse de syphilis hépatique, de

[1] Comptes rendus du 14e Congrès de Chirurgie. — Paris, 1901, p. 21.

[2] A Déléarde. — Les splénomégalies chroniques. — Rev. gén. — Echo Méd. du Nord - 1902, 445.

Digitized by Google

tuberculose ou de cancer hépatique, le retentissement secondaire sur la rate est loin d'être la règle ; l'hypertrophie splénique qui en résulte est peu marquée ou très localisée, elle n'est pas le fait initial et dominant.

La cirrhose atrophique de Laennec, la maladie de Banti entraînent une augmentation de volume de la rate, précoce surtout dans la maladie de Banti, où elle est un des symptômes essentiels de la période préascitique; elle se trouve, il est vrai, associée à une anémie marquée, à une diminution du nombre des globules rouges, parfois aussi des globules blancs que nous n'avons pas. D'ailleurs un fait suffit, à lui seul, à écarter ces deux hypothèses : c'est de l'atrophie que l'on trouve au niveau du foie et non une augmentation de volume.

De même, l'absence de tout ictère élimine la pensée d'une cirrhose hypertrophique de Hanot, où la rate est d'ailleurs peu grosse ; et celle de l'ictère infectieux chronique de Hayem : ictère paroxystique avec splénomégalie persistante, mais gros foie seulement au moment des accès et anémie globulaire.

Ainsi se trouvent successivement écartées toutes les affections qui doivent leur individualité clinique à l'association constante, mais suivant des modalités variables, d'une maladie du foie et d'une hypertrophie splénique. Cette désignation, moins précise, nous semble cependant plus juste que celle de « splénomégalies secondaires », car CHAUFFARD soutient, non sans arguments probants, que bien souvent la splénomégalie précède la lésion du foie et en devient la cause prochaine : « la rate arrête les microbes et les toxines; si cette fonction vient à se troubler, une partie des poisons non atténués se mêle au sang veineux et va produire une action même sur le réseau vasculaire et sur la cellule du foie (impaludisme, fièvre typhoïde, maladie de Banti, etc.). »

Cherchons maintenant du côté des *splénomégalies dites « primitives »*.

Paludisme et syphilis peuvent être laissés de côté.

Et nous nous trouvons, en dernière analyse, amenés à débattre entre la diathèse lymphogène et la tuberculose.

La tuberculose primitive de la rate est seule à nous intéresser ; rarement au cours de la tuberculose pulmonaire ou osseuse, la rate est hypertrophiée secondairement ; le fait ne se présente guère qu'à la période de cachexie terminale et se trouve expliqué par l'action des microbes ordinaires de la suppuration ou par une dégénéres-

Digitized by Google

cence amyloïde. Rien de semblable ici. Nous ne devons penser qu'à une atteinte initiale de la rate par le bacille de Koch.

Or, les cas de *rate tuberculeuse* sont maintenant assez nombreux; depuis le premier travail d'ensemble de QUÉNU ET BAUDET[1] sur ce sujet, RENDU et WIDAL[2] MOUTARD-MARTIN et LEFAS[3], etc., ont communiqué plusieurs observations, et dernièrement encore à la Société anatomique, LORRAIN[4] puis ROLLIN[5], à la Société médicale des Hôpitaux FERRAND et RATHERY[6], présentaient trois grosses rates tuberculeuses.

Parmi les symptômes, certains sont notés dans tous les cas : douleurs à l'hypochondre gauche, altération des fonctions digestives, hypertrophie de la rate progressive et pouvant atteindre des proportions considérables; foie qui paraît suivre les variations de volume de la rate sans que son hypertrophie soit cependant la règle, enfin du côté des poumons, lésions tuberculeuses peu marquées, avec état général de plus en plus mauvais et fièvre constante oscillant entre 37°5 et 40°. — Dans certaines formes on note encore deux particularités qui, associées à la splénomégalie, ont permis à RENDU et WIDAL de constituer un syndrome original : ce sont l'hyperglobulie sans leucémie et la cyanose. Mais ces symptômes sont inconstants, et ce sont précisément eux qui sont le plus typiques et qui permettraient de porter avec quelque certitude un diagnostic clinique, et non nécropsique ! Or, dans le cas qui nous occupe, ils sont absents; et non seulement le nombre des globules rouges est normal, mais il existe encore une leucémie très accentuée. Faut-il donc écarter le diagnostic de tuberculose de la rate? Faut-il ne tenir nul compte du séro-diagnostic d'Arloing reconnu positif, nettement positif, et que viennent étayer les lésions pulmonaires.

Encore, s'il nous était possible d'en arriver enfin à un diagnostic pleinement satisfaisant ! Mais, seule, nous reste l'hypothèse d'une

[1] QUÉNU et BAUDET. — La tuberc. primit. de la rate. *Rev. de Gynéc. et de chir.*, 1899, n° 2.

[2] RENDU et WIDAL. — Splénomégalie tuberc. primit. sans leucémie avec hyperglobulie et cyanose. *Soc. méd. des hôp.*, 2 juin 1899,

[3] MOUTARD-MARTIN et LEFAS. — Tuberc. primit. et massive de la rate. *Soc. méd. des hôp.*, 9 juin 1899.

[4] LORRAIN. — Grosse rate tuberc. *Soc. anat.*, 13 février 1903.

[5] ROLLIN. — Rate tuberc. *Soc. anat.*, 13 février 1903.

[6] FERRAND et RATHERY. — Tuberculose de la rate et de l'endocarde. *Soc. méd. des hôp.* 13 février 1903.

Digitized by Google

splénomégalie de nature lymphatique. Trois formes cliniques sont susceptibles d'être envisagées séparément. Dans l'une, que GAUCHER décrivait en 1882 sous le nom d'« épithélioma primitif de la rate» et que l'on identifie à l'heure actuelle avec la splénomégalie primitive de DEBOVE et BÜHL, l'anémie globulaire et l'absence de leucémie sont de règle ? Il faut donc l'écarter sans retour. Dans une seconde forme clinique « lymphadénie ganglionnaire généralisée », «adénie » de TROUSSEAU », « maladie de HODGKIN», « lymphocytome aleucémique chronique », la rate est grosse, acquiert même un volume énorme, mais l'hypertrophie gagne le système ganglionnaire ; et l'on trouve encore anémie globulaire, sans augmentation du nombre de leucocytes. Rien qui rappelle notre cas. Enfin le troisième groupe clinique de la diathèse lymphogène, étape finale de l'infection lymphatique, où les leucocytes ont envahi la circulation générale, cadre mieux avec la leucémie de notre malade. L'examen du sang est malheureusement insuffisant et nulle preuve ne nous est donnée d'une leucémie myélogène (augmentation de tous les globules blancs avec prédominance très marquée des myélocytes mononucléés neutrophiles, et quelques globules rouges nucléés) ou bien d'une lymphocythémie chronique (prédominance des lymphocytes sur les autres types leucocytaires). Et l'absence de tout retentissement ganglionnaire vient singulièrement augmenter les hésitations !

Ainsi nous voilà ramenés, au terme de cette discussion, et de par l'absence d'un examen complet du sang revêtant une formule leucocytaire précise, à choisir entre deux probabilités : S'agit-il, sur la foi du séro-diagnostic d'Arloing, d'une rate tuberculeuse, malgré l'absence des symptômes reconnus dans nombre de cas comme les plus singuliers? et malgré l'existence d'une forte leucémie ? Ou bien, de par cette leucémie même, faut-il conclure à une rate lymphatique et accuser ici une défaillance du séro - diagnostic d'Arloing? Peut-être serait-il possible, simple hypothèse, d'expliquer l'un et l'autre, en admettant l'opinion de DELBET au sujet de la prétendue diathèse lymphogène, et voyant dans ses différentes formes le résultat d'une infection, ne serait-il pas admissible que la séro-réaction donnât des résultats positifs comme elle le fait parfois en présence de l'infection éberthienne ?

Simple hypothèse, encore une fois, et qui ne saurait le moins du monde nous dispenser d'hésiter en présence de ce diagnostic difficile. Ce sont ces hésitations qu'il nous a semblé intéressant d'expo-

Digitized by Google

ser devant la Société, devant des cliniciens et des hommes de laboratoire. La portée immédiatement pratique est sans doute minime ; l'état général de la malade rendait extrêmement précaire une intervention chirurgicale formellement contre-indiquée s'il s'agit de leucémie, et qui, dans le cas de tuberculose, ne donne que des résultats fort inconstants : trois fois la splénectomie fut pratiquée par Laurence Burke, Mariott et Bland Sutton avec une mort, une guérison de durée non précise, et une guérison plus stable. Quénu fit en 1898 une marsupialisation avec guérison. Dans notre cas, M. le professeur Forgue renvoya la malade chez elle en prescrivant un traitement arsenical intensif.

Mais outre l'intérêt d'une observation rare et complexe, une question se joint à notre communication d'une portée plus générale : en présence de cas semblables, quelle créance faut-il accorder au séro-diagnostic d'Arloing ? Est-il légitime, sur sa seule foi, de conclure à la nature tuberculeuse de l'affection ?

M. Lagriffoul. — L'observation de splénomégalie que vient de nous rapporter M. Abadie présente un grand intérêt ; il est regrettable seulement, en raison de cet intérêt même, que l'on n'ait pu pratiquer un examen plus complet du sang de la malade. La connaissance du nombre des globules blancs nous est certainement très utile ; mais le pourcentage des diverses variétés de ces globules blancs, l'examen des globules rouges, principalement au point de vue de l'existence des hématies nucléées, auraient pu nous fournir de précieux renseignements pour l'établissement du diagnostic.

Cependant, d'après les renseignements que vient de nous fournir M. Abadie, il semble qu'en fin de compte on reste pour cette malade en présence de deux diagnostics possibles : d'une part, diathèse lymphogène ; d'autre part, tuberculose massive primitive de la rate.

En faveur de la première hypothèse, le chiffre de 123.000 globules blancs par millimètre cube constitue un argument de la plus haute importance. On sait en effet que la plupart des auteurs considèrent comme presque pathognomonique de leucémie un nombre de globules blancs supérieur à 70 000 par millimètre cube. Le nombre de globules blancs observé devrait donc nous faire porter le diagnostic de lymphadénie splénique à forme leucémique.

En faveur de la seconde hypothèse, nous avons un séro-diagnostic d'Arloing-Courmont très positif et des signes discrets, il est vrai, mais non douteux cependant de tuberculose pulmonaire.

Digitized by Google

Les cas de tuberculose primitive de la rate sont, il est vrai, assez rares. Leur rareté est cependant peut-être moins grande qu'on ne l'a cru jusqu'à présent, et depuis que l'attention a été attirée sur ce sujet, des cas assez nombreux ont été signalés.

Du reste, n'y aurait-il pas moyen de concilier les deux diagnostics en présence ? Depuis quelques années, la pathogénie infectieuse de la lymphadémie n'a cessé de gagner du terrain, et on a signalé notamment des cas de lymphadénie tuberculeuse. Dès lors, l'idée vient tout naturellement à l'esprit de faire rentrer le cas de M. Abadie dans cette catégorie. Un gros argument cependant semble s'y opposer. Les cas de cet ordre, examinés au point de vue leucocytaire, ont donné parfois une leucocytose à peu près normale, parfois de l'hyperleucocytose (36.000 dans un cas de M. Courmont), mais jamais de leucémie. En fin de compte, il faudrait donc créer pour le cas de M. Abadie une nouvelle catégorie de lymphadénie et en faire une lymphadénie splénique tuberculeuse à forme leucémique. Nous discuterons cette opinion un peu plus longuement dans la prochaine séance de la Société.

BIBLIOGRAPHIE

Précis de Bactériologie pratique, par M. J. COURMONT, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lyon, Médecin des hôpitaux (Nouvelle bibliothèque de l'étudiant en médecine, publiée sous la direction du professeur TESTUT, *Doin*, éditeur) ; 2e édition, avec 374 figures en noir et en couleur dans le texte.

Je me fais un plaisir de présenter aux lecteurs du *Montpellier médical* la 2e édition du précis de bactériologie de mon collègue et ami le professeur J. Courmont. Cette édition (884 pages) diffère considérablement de la première, qui ne date cependant que de 1897.

Après une introduction, où se trouvent notamment quelques notions sommaires sur les microbes au point de vue de l'histoire naturelle, la première partie est consacrée à la *technique bactériologique*. Les matières y sont ordonnées, d'une façon très méthodique, en 16 chapitres. Outre les sujets que l'on a coutume de trouver dans les traités de bactériologie technique, une place est donnée aux méthodes propres à conférer l'immunité, ainsi qu'à l'analyse de l'eau, de l'air, de la terre. Pour chaque problème technique, l'auteur fait la revue complète des diverses méthodes, et celles qu'il préfère et conseille sont mises en vedette.

Cette première partie contient de très nombreuses additions : divers milieux de culture très spéciaux récemment entrés dans la technique ; les étuves électriques ; les cultures en sacs de collo-

Digitized by Google

dion ; les méthodes d'isolement de certaines espèces bactériennes par le passage à travers des parois filtrantes ; les procédés pour recueillir, en vue de la mise en culture, le sang, le liquide céphalo-rachidien, etc. Je relève encore, comme innovation intéressante, au chapitre des animaux de laboratoire, une description sommaire des maladies propres à chacune des espèces usuelles et contre lesquelles il faut être en garde.

Dans toute cette partie du livre, sous le titre de technique se cachent une foule de notions de biologie microbienne, qui vivifient la description des méthodes. A propos de stérilisation ou d'examen des cultures, on passe en revue sommairement les propriétés des bactéries. La description des méthodes propres à préparer les toxines se complète par une rapide étude des produits toxiques, distingués en extra et intraprotoplasmiques, avec les idées d'Ehrlich sur la composition et le rôle des toxines, toxones et toxoïdes.

Parmi les méthodes d'analyse de l'eau, figurent les divers procédés proposés pour la recherche du bacille d'Eberth, d'où se dégage la conclusion que le problème, qui paraissait d'abord si simple, est loin d'être encore résolu d'une façon satisfaisante.

La seconde partie du livre, entièrement nouvelle, est une étude des divers *microbes pathogènes pour l'homme*. Chaque espèce est décrite à tous les points de vue, avec application au diagnostic, au pronostic et à la thérapeutique.

Le bacille de la tuberculose est l'objet d'un chapitre particulièrement important (65 pages), où sont étudiées notamment : la tuberculose expérimentale dans ses diverses modalités ; la question de l'unité des tuberculoses humaine et bovine ; la tuberculine et son utilisation ; les diverses tentatives d'immunisation antituberculeuse; les propriétés du sérum antituberculeux ; les méthodes de diagnostic et de pronostic expérimentaux. A signaler une étude minutieuse du séro-diagnostic (15 pages) : revue complète des travaux d'Arloing et P. Courmont; technique, analysée dans ses moindres détails ; résultats statistiques appréciation de la valeur de la méthode ; tout y est, c'est un petit traité de la matière. Ce chapitre est complété par l'étude du bacille de la tuberculose aviaire, avec une bonne place à la question des rapports de ce bacille avec celui des mammifères. Figurent à la suite : le bacille de la tuberculose pisciaire, les microbes des pseudo-tuberculoses, et ces bacilles multiples, qui par leur résistance aux acides, en imposent pour le bacille de Koch.

Parmi les chapitres les plus importants, je relève : une étude très soignée du tétanos et de toutes les questions si complexes qui se rattachent à la physiologie pathologique de l'intoxication tétanique ; une très bonne étude de la diphtérie, avec la question si pratique du diagnostic bactériologique des angines à fausses membranes; un chapitre intéressant sur le bacille typhique, où une bonne place est donnée au séro-diagnostic, avec sa technique et sa valeur. Suit un chapitre sur le B. coli, où, au sujet des rapports de ce bacille avec le bacille d'Eberth, l'auteur reconnaît qu'il existe « une chaîne ininterrompue de races entre le colitype et le bacille d'Eberth ».

Tous les autres microbes pathogènes pour l homme ont chacun leur chapitre ou leur paragraphe, en rapport avec leur importance, y compris des espèces peu connues encore, récemment décrites ou

Digitized by Google

insuffisamment définies : le coccus de la fièvre de Malte, le bacille de la fièvre jaune de Sanarelli (ictéroïde), les microbes accusés d'être les agents du rhumatisme aigu, les microbes des conjonctivites, l'entérocoque les diverses espèces d'anaérobies trop négligées jadis, etc...

La troisième partie se rapporte à la *sérothérapie*. Dans les généralités trouvent place, exposées d'une façon concise, mais claire et suffisamment complète, les données nouvelles et si attrayantes sur les substances spécifiques des sérums bactéricides ou antitoxiques et les idées originales d'Ehrlich sur cette matière. Des chapitres spéciaux sont consacrés aux sérums antidiphtérique, antitétanique, antistreptococcique, antipesteux, avec quelques indications sur d'autres sérums moins connus (antityphique, etc.).

Le livre se termine par un chapitre sur la *rage*, où sont étudiés la rage expérimentale, l'immunisation antirabique, et surtout le traitement pasteurien.

Malgré les difficultés du problème, M. Courmont a réussi à mettre sa seconde édition au courant de la science. Je puis dire, après l'avoir parcourue attentivement, qu'aucune méthode importante, aucune découverte digne d'intérêt, ne sont omises. L'auteur a largement exploité, c'était son droit, son œuvre personnelle déjà riche, et en général les travaux lyonnais ; et il a rempli un devoir de gratitude en donnant la place qu'elle mérite à l'œuvre du professeur Chauveau, et en montrant la part qu'il a prise, avec ses premiers élèves, Toussaint et Arloing, dans l'édification de la bactériologie médicale. Il m'est peut-être permis de noter aussi la trace de quelques travaux sortis de l'Institut Bouisson-Bertrand et des méthodes qui y sont en usage.

Je n'hésite pas à placer le « Précis de bactériologie » au premier rang des traités de technique pouvant être journellement consultés par tous ceux qui, à un titre quelconque, touchent à la bactériologie. Il doit rendre de grands services aux étudiants en médecine, qui ont déjà fait très bon accueil à la première édition ; et il se recommande aussi au médecin praticien, qui, indépendamment du désir qu'il peut avoir de s'assimiler les récentes découvertes, peut avoir un intérêt immédiat à y chercher des renseignements pour certaines nécessités de la pratique, telles que le diagnostic de la diphtérie, pour lequel il y a une importance majeure à ne pas perdre de temps.

J'ai tenu à donner aux lecteurs du *Montpellier Médical* une analyse de ce bon livre, afin que, mieux qu'un éloge banal, elle puisse permettre à ceux qui songent à se procurer un livre de bactériologie, de se décider en connaissance de cause.

A. RODET.

L'Éditeur-Gérant : P. DELORD-BOEHM.

Montpellier. — Imprimerie DELORD-BOEHM ET MARTIAL.

Digitized by Google

N° 15 12 AVRIL 1903. TOME XVI

MONTPELLIER MÉDICAL

Journal Hebdomadaire paraissant tous les Dimanches

DE LA

CONTINUATION DE LA GROSSESSE

APRÈS LES ACCÈS D'ÉCLAMPSIE

Par Mme Gaussel-Ziegelmann,

Docteur en médecine, ancienne Interne des Hôpitaux de Montpellier

(*Suite et fin.* — Voir n° 14, page 345)

Voyons, à présent, quels sont les points intéressants que nous avons relevés en faisant nos recherches.

La grossesse continue-t-elle souvent après la cessation des accès ?

Buttner, dans sa statistique, réunit 53 cas d'éclampsie de la grossesse, sur lesquels il a vu le travail se déclarer pendant les accès dans 48 cas et la grossesse continuer dans cinq cas seulement.

Bidder, sur 455 cas d'éclampsie, n'a vu la grossesse continuer, pendant un temps plus ou moins long après la cessation des accès, que dans 3 cas.

La grossesse continue-t-elle un temps considérable après la guérison de l'éclampsie ?

Dans les 44 observations que nous avons réunies, l'accouchement est survenu de 24 heures à 8 jours après la

Digitized by Google

disparition des crises dans 21 cas, de 9 à 16 jours dans 5 cas, de 3 semaines à 1 mois dans 9 cas, de 2 mois à 3 mois dans 3 cas.

Dans cinq observations, on dit simplement que la grossesse continue, sans préciser l'époque de l'accouchement. Dans 1 cas, on n'indique pas le moment de la grossesse où l'éclampsie s'est déclarée, et on se contente de dire que l'accouchement a eu lieu à terme d'un enfant vivant. Dans ces 44 cas, on a donc vu la grossesse se prolonger un temps assez long pour que l'enfant puisse en profiter (plus de 8 jours), 18 fois.

Quel a été le sort des enfants dans ces observations ?

Dans les 39 cas où nous avons des renseignements sur ce point, il y a eu 17 enfants vivants, soit une mortalité de 59 °/₀.

Sur ces 17 enfants, 9 sont restés moins de 8 jours dans la cavité utérine après la guérison des accès et, par conséquent, n'ont pas eu le temps de parfaire beaucoup leur développement et d'acquérir un poids bien considérable. En somme, 8 enfants seulement sur 39 ont pu réellement profiter de la continuation de la grossesse. D'ailleurs, même quand les enfants sont restés un mois de plus dans l'utérus d'une éclamptique, il ne paraît pas que les conditions de leur vie intra-utérine aient été bien favorables, témoin cette observation de Stroganoff, où un enfant naissant à la fin du VIIIe mois ne pèse que 1340 grammes (IIIme groupe).

On a vu des cas où l'enfant, resté vivant et continuant à se développer après les crises d'éclampsie qui cèdent au traitement, succombe lors d'une récidive de l'éclampsie, bien que cette dernière soit de nouveau enrayée par le traitement médical. Tel est le cas, très intéressant, rapporté par Mangiagalli au Congrès International de 1900. (IIIme groupe). Mais il est beaucoup plus fréquent de voir

Digitized by Google

que, malgré la disparition des accès éclamptiques, malgré la survie de l'enfant à ces accès (ce qui est déjà exceptionnel), l'existence de cet enfant est très précaire : il naît souvent mort, bien que la grossesse ait évolué normalement jusqu'au moment de l'accouchement.

L'explication en est facile, quand on se rappelle que le traitement de l'éclampsie est purement symptomatique et ne peut avoir aucune influence sur l'intoxication gravidique. Cette auto-intoxication, créée par la grossesse et s'étant manifestée à un moment donné par des accès éclamptiques, persiste encore après la disparition des accès, et peut avoir sa répercussion sur l'enfant, vu les liens étroits qui l'unissent à la mère.

Nous avons consulté les statistiques des différents auteurs pour nous rendre compte de la mortalité infantile dans les cas d'éclampsie soumis au traitement exclusivement médical.

Tiedemann réunit dans sa thèse 80 cas d'éclampsie de la grossesse où le traitement fut médical.

	La mortalité fœtale est de			75, 4 °/₀
Buttner sur 118 cas	a une mortalité fœtale de			37, 2 °/₀
Tarnier sur 312 cas	»	»	»	60 °/₀
Hergott sur 21 cas	»	»	»	80 °/₀
Porack sur 59 cas	»	»	»	50, 84 °/₀

Ce qui donne en moyenne, sur un total de 606 cas, une mortalité fœtale de 57 °/₀.

Nous avons vu que, dans nos observations portant sur des cas où la grossesse continue après la guérison des accès (ce qui fait supposer que l'éclampsie n'était pas très grave), la mortalité fœtale est très élevée, 59, 1 °/₀.

Nous pouvons rapprocher de notre statistique le chiffre de mortalité infantile que donneraient les observations de la thèse de Michel (Paris 1897). Ce dernier auteur réunit 64 cas d'éclampsie de la grossesse (ces cas ne sont pas repro-

Digitized by Google

duits dans les nôtres) avec 23 enfants vivants seulement, soit une mortalité fœtale de 64 °/₀.

Vu ces résultats, il nous semble que nous sommes en droit de poser les conclusions suivantes :

La grossesse continue rarement après la guérison des accès éclamptiques.

Si elle continue, la prolongation est le plus souvent de trop courte durée pour que l'enfant puisse en profiter.

Il semblerait même que le séjour un peu prolongé du fœtus dans la cavité utérine d'une éclamptique lui est préjudiciable, parce que la proportion des enfants mort-nés augmente à mesure que l'accouchement survient à une époque plus éloignée des accès.

Les cas dans lesquels les enfants naissent vivants et bien portants après un séjour prolongé in-utero sont très rares.

La possibilité de voir continuer la grossesse après la guérison des accès d'éclampsie ne doit pas être invoquée en faveur du traitement exclusivement médical de l'éclampsie dans l'intérêt de l'enfant, car, nous l'avons vu, la mortalité infantile est énorme dans les cas où la grossesse continue. D'ailleurs, il semble que les accoucheurs français commencent à devenir plus interventionnistes Voici les conclusions auxquelles est arrivé le docteur Dubrisay [1] : « Nous croyons que, quand la femme est prise d'éclampsie à une époque où l'enfant est dans des conditions suffisantes pour être élevé, on pourra recourir à l'accouchement méthodiquement rapide, et cela dans l'intérêt des mères et des enfants. » M. le Professeur Fieux s'exprime de la façon suivante [2] : « Dans le sein de l'éclamptique l'enfant est dans un milieu néfaste, et très rapidement il peut succomber au double assaut de l'hémorrhagie placentaire et de l'intoxication maternelle.

[1] L'Obstétrique. 1900. p. 264.

[2] Revue mensuelle de gynécologie, Obstétrique et Pædiatrie de Bordeaux, Février et Mars 1899.

Digitized by Google

Si l'accoucheur veut mettre de son côté toutes les chances de sauver l'enfant, il faut presque qu'il compte par minutes. C'est pourquoi, vis-à-vis des cas de ce genre, le terme d'accouchement provoqué ne rend pas bien la pensée ; c'est accouchement accéléré, et accéléré dans toute la rigueur du mot, pourrait-on dire. »

M. le professeur agrégé Vallois, dans un article sur le traitement de l'éclampsie, publié dans ce journal, s'exprime ainsi :

« S'il n'y a pas de travail ou si le travail est peu avancé, l'accoucheur interviendra obstétricalement quand l'état de la malade est grave et que cette gravité persiste, quand les accidents continuent, et à plus forte raison, augmentent d'intensité malgré le traitement médical, ou malgré la mort de l'enfant, qui exerce bien souvent, ainsi que nous l'avons observé, une heureuse influence sur la marche de l'éclampsie. Comme nous l'indiquions il y a un instant, l'accoucheur sera d'autant plus porté à intervenir, que son intervention sera plus facile, et par suite, risquera moins de déterminer des crises. Du reste, autant que possible, on s'adressera à des procédés rapides et on aura recours au chloroforme. [1] »

Enfin, des thèses récemment soutenues à Paris nous font croire que le traitement obstétrical de l'éclampsie de la grossesse est plus en faveur auprès de certains accoucheurs, les thèses n'étant que le reflet des idées des Maîtres.

Carl Schmidt (thèse de Paris 1900) arrive aux conclusions suivantes :

« Le traitement obstétrical de l'éclampsie est rationnel. Il débarrasse l'organisme d'une petite quantité de toxines, supprime certaines sources d'intoxication et régularise le fonctionnement des organes éliminateurs.

« Il abaisse la mortalité maternelle et diminue de près de

[1] *Montpellier Médical*, 19 Octobre 1902, page 1042.

Digitized by Google

moitié celle du fœtus. On doit y avoir recours le plus tôt possible ».

Dans une thèse encore plus récente (Avril 1902) inspirée par M. Bonnaire et intitulée : « Contribution à l'étude de l'accouchement rapide dans l'éclampsie », l'auteur, Jean de Félice, arrive à des conclusions à peu près semblables, en insistant surtout sur ce fait que l'intervention obstétricale n'augmente nullement les dangers et les risques courus par la mère, tout en étant très profitable à l'enfant [1].

De même M. le professeur-agrégé Puech pense que dans les cas d'éclampsie grave l'intervention hâtive, mais sans violence, est la seule chance de salut pour l'enfant. A l'appui de son opinion, notre maître a bien voulu nous communiquer l'observation suivante inédite, que nous reproduisons *in extenso* :

Mad. Dur.., 40 ans, domiciliée à Montpellier.

Pas d'antécédents particuliers, sauf des maux de tête fréquents.

Réglée à 14 ans. Menstruation très régulière, un peu plus abondante depuis le dernier accouchement. Depuis cette époque aussi, Mad. D... souffre de temps en temps du ventre et a quelques pertes blanches. Jamais d'avortements. Deux grossesses ; l'une il y a 15 ans ; l'autre il y a 8 ans. Toutes les deux se sont terminées à terme, naturellement, par la naissance d'enfants actuellement vivants et bien portants. En s'aidant du biberon, Mad. D..., a pu nourrir son premier enfant.

Les dernières règles datent du 20-25 août 1898 ; en septembre, absence complète de menstruation ; pas de troubles réflexes au début, si bien que Mad. D..., a peine à croire à une grossesse et pense qu'elle est arrivée à la ménopause.

[1] Pendant que notre article était à l'impression, nous avons eu connaissance d'une thèse, soutenue par M. Maury, en février 1903, faite sous l'inspiration de M. Bonnaire et qui arrive à des conclusions identiques.

Digitized by Google

La grossesse a évolué très normalement, sauf cependant dans les derniers temps, où les migraines, auxquelles la malade était sujette, reparaissent avec une intensité et une fréquence plus considérables, pas d'épistaxis, pas de vomissements, pas de troubles de la vue ; depuis quelques jours la malade a observé un peu de gonflement autour des genoux (?).

L'examen des urines n'a point été pratiqué au cours de la grossesse.

Le 14 avril 1898, Mad. D..., se couche à 9 heures du soir, après avoir fait son repas comme à l'ordinaire. Quand son mari rentre à 10 heures, il la trouve étendue dans le lit sans connaissance, la bouche souillée de salive sanguinolente. Presque aussitôt, la malade est agitée de mouvements convulsifs extrêmement violents.

Mes confrères, le Dr Imbert, professeur-agrégé à la Faculté, et les docteurs Hortolès et Teulon père et fils, appelés tout d'abord, assistent à dix attaques très nettes d'éclampsie. A 1 heure du matin le 15 avril, je suis à mon tour appelé auprès de la malade.

Elle est dans le coma complet. Pas de température L'utérus, dont le fond remonte à trois travers de doigt environ au-dessus de l'ombilic (la grossesse est de 7 mois 1/2), est souple, et à travers la paroi on sent facilement le fœtus qui présente le sommet en D. T. — Les bruits du cœur fœtal entendus à droite sont bien frappés. — L'exploration vaginale montre qu'il n'y a aucun début de travail : le col a toute sa longueur ; l'orifice utérin et le canal cervical laissent le doigt pénétrer facilement jusque dans la cavité utérine.

Pendant les trois quarts d'heure qui s'écoulèrent entre mon arrivée et le moment où, après nous être procurés du chloroforme et des antiseptiques, je pus procéder à la dilatation du col, la malade a trois nouvelles attaques d'éclampsie.

Aidé des docteurs Teulon père et fils, la malade ayant été

Digitized by Google

profondément anesthésiée, je commençai à 2 heures du matin l'attaque du col avec la main droite d'abord, puis avec la main gauche ; au bout de 26 minutes, la main disposée en fuseau pénétrait dans le col, la portion renflée correspondant aux articulations métacarpo-phalangiennes, serrée par l'orifice cervical. Il me fallut, pour rompre les membranes, qui, nullement tendues, fuyaient devant le doigt, me servir d'une aiguille à tricoter. La main finit à ce moment de forcer l'orifice cervical ; et pénétrant dans l'intérieur de l'œuf j'allai chercher un pied et pratiquai aisément l'évolution du fœtus. Huit minutes après (trente-quatre minutes après le début des manœuvres), l'enfant, une fille, à l'extraction de laquelle j'avais procédé avec lenteur, poussait son premier cri.

Délivrance facile, sans hémorragie. Pas de noyaux hémorrhagiques dans le placenta. Après une abondante irrigation intra-utérine, la malade est remise dans son lit.— Prescription : lavement purgatif ; 8 grammes de chloral ; régime lacté.

A partir de l'accouchement, la malade n'a plus eu une seule attaque ; mais le coma persiste ; ce n'est que le lendemain que Mad. D... reconnaît une des personnes de son entourage.

Température du soir, 35° 8.

Le 16, T. 36° 2 - 36° 5. — Dans la soirée, on peut recueillir un peu d'urine : elle ne contient pas d'albumine.

Les suites de couches évoluent normalement ; le ventre est toujours resté souple et indolore. La montée s'est faite le troisième jour, très peu abondante. Jusqu'au 22, Mad. D... est soumise exclusivement au régime du lait Un nouvel examen des urines montre encore l'absence complète d'albumine. On permet à la malade, qui le demande avec insistance, de prendre quelques aliments.

Le 30 avril, la malade commence à se lever et fait sa

Digitized by Google

première sortie le 6 mai. A part des céphalées encore fréquentes, elle se trouve très bien.

Brusquement, le 21 mai, Mad. D... présente des phénomènes d'hémorrhagie intra-cranienne (Professeur Grasset) et meurt le 24 à 4 heures du matin.

L'enfant, mis d'abord dans la couveuse, s'est parfaitement élevé : elle jouit, à l'heure actuelle (1903), d'une parfaite santé.

Tous les auteurs français sont unanimes sur le choix du procédé opératoire : ils rejettent l'emploi des méthodes violentes et ne préconisent que la dilatation manuelle sans danger pour la mère. D'après les statistiques récentes, il semblerait que le traitement obstétrical n'est nullement préjudiciable à la mère et diminue, d'une façon notable, la mortalité infantile.

Schreiber, sur 137 cas d'éclampsie, donne les proportions suivantes :

Mortalité maternelle avant 1892..	22, 22 °/₀
Depuis 1892 (tr. obstétrical).....	14, 8 °/₀
La mortalité fœtale est de.....	32, 1 °/₀

Ferri, de Milan, donne une mortalité maternelle excessivement faible, 7 °/₀ (sur 80 cas).

La mortalité fœtale serait de 44, 5 °/₀ d'après les chiffres donnés dans la thèse de de Felice.

Elle serait encore plus faible d'après les statistiques de Tiedemann (1897) :

	Opération Césarienne.	
18 cas —	Mortalité maternelle.....	38, 9 °/₀
	Mortalité fœtale.....	37, 5 °/₀
	Incisions du col. Colpeurynter	
63 cas —	Mortalité maternelle.....	20, 7 °/₀
	Mortalité fœtale.....	56, 4 °/₀

Digitized by Google

Le même auteur donne des statistiques intéressantes du traitement médical.

80 cas — Mortalité maternelle.... 37, 5 °/₀
Mortalité fœtale..... 75, 4 °/₀

Il semble, d'après ces dernières statistiques, que l'opération césarienne n'est guère plus meurtrière que le traitement médical, tout en ayant, sur ce dernier, l'avantage de sauver la vie à un nombre considérable d'enfants.

Il est loin de notre pensée, cependant, de préconiser des interventions aussi dramatiques pour tous les cas d'éclampsie. Mais il nous semble légitime de conclure que dans les cas d'éclampsie de la grossesse qui se présentent avec des caractères cliniques graves, tels que persistance des accès, fièvre et anurie, il serait peut-être prudent de ne pas attendre des merveilles du traitement exclusivement médical et d'avoir recours au plus tôt à un traitement plus actif (en laissant de côté tous les moyens violents), et cela, dans l'intérêt de la mère et de l'enfant.

REVUE DES COURS

DE LA GOURMANDISE AU POINT DE VUE PHYSIOLOGIQUE

CONFÉRENCE DE PHYSIOLOGIE (JANVIER 1902)

Par le Dr **POUJOL**

(*Suite et fin.* — Voir nº 14. page 354).

Ces notions nouvelles me paraissent riches en conséquences pratiques. Je leur trouve une véritable portée sociale, car il n'en découle rien moins que l'importance qu'il convient d'accorder dans notre vie à l'acte de manger.

Digitized by Google

Il me tombait sous les yeux, il n'y a pas très longtemps, un article du « Journal » où Paul Adam s'élevait avec sa vigueur coutumière contre la place, à son avis exagérée, accordée à la table dans notre vie quotidienne. En particulier, l'usage de manger en commun, de se prier réciproquement à dîner, était présenté par l'éminent publiciste comme un vestige de temps barbares, où se nourrir était pour l'homme l'unique problème, où le chasseur, ayant attrapé à la course et étouffé dans ses mains un renard, en offrait un cuissot à son frère comme gage suprême d'amitié. Comme conclusion, Paul Adam traçait les nouvelles règles qui conviennent à une société policée : moins de temps donné aux repas ; la salle à manger cesse d'être une pièce d'apparat ; chacun ira à tour de rôle prendre rapidement son repas dans un petit local isolé que sans doute deux initiales discrètes suffiront bientôt à désigner.

Eh bien, Messieurs, nous sommes qualifiés, nous médecins, pour dire qu'une telle révolution serait antiphysiologique, et doit être d'avance condamnée. Tout ce que nous savons justifie au contraire, en ce qui concerne nos repas, les usages traditionnels.

Nous avons pu nous convaincre que l'agent le plus actif de la digestion stomacale est ce suc d'appétit dont la sécrétion est provoquée par la vue et par le goût agréable des aliments, mais, par contre, inhibée par les impressions morales fâcheuses aussi bien que par la souffrance physique. Il est donc nécessaire de s'intéresser aux mets offerts, il n'est pas inutile de se laisser chatouiller les narines par leur bonne odeur, d'escompter par avance le plaisir de les goûter ; tout cela prépare une bonne digestion. Il convient aussi que les préoccupations soient autant que possible momentanément écartées. C'est pourquoi nous voyons que dans nos habitudes le repas est comme une trêve : la salle à manger est autant que possible une pièce distincte, l'heure où la

Digitized by Google

famille s'y assemble, considérée comme une des bonnes heures de la journée ; on cause gaîment, et chacun, s'interdisant d'entretenir les autres de ses soucis particuliers, les oublie un peu lui-même. S'agit-il d'un repas d'apparat, particulièrement copieux, on tâche, par l'agrément du décor, de faire plus complètement oublier aux convives leurs préoccupations ordinaires. La table est ornée, les dames se parent (au risque de détourner à leur profit une part de l'attention légitime due à l'aliment). Ceci est du luxe. Mais ce qui est constamment nécessaire, ce qui doit être considéré comme une prescription importante de l'hygiène, c'est de s'intéresser à ce que l'on mange : discuter son menu avec sa cuisinière, aller avant le repas soulever le couvercle des casseroles, de telles habitudes font sourire comme étant les indices d'une sensualité spéciale : du point de vue où nous nous plaçons, vous voyez qu'elles nous paraissent légitimes. Il est peut-être regrettable qu'il ne soit pas d'usage, dans les dîners priés, de souligner l'excellence des mets offerts. Un tel commentaire ne pourrait qu'influencer favorablement la digestion. Bref, il faut manger avec attention. Sous ce rapport, Pavloff remarque que les Anglais, en faisant de la nourriture une préoccupation de premier plan (ainsi qu'on a pu encore le vérifier lors de la guerre du Transvaal), donnent une preuve de plus de leur entente supérieure de la vie pratique. Dans la haute société russe, souvent surmenée au point de vue nerveux, il serait fréquent, au contraire, de rencontrer une indifférence tout à fait injustifiée à l'égard des choses de la table. Ainsi que vous le voyez, c'est, en définitive, la gourmandise que nous réhabilitons ici sous la périphrase obligeante « d'intérêt légitime que doit susciter l'aliment ».

Si nous examinons les règles traditionnelles auxquelles nous conformons notre alimentation, nous trouverons à toutes une explication dans les notions physiologiques que

Digitized by Google

je vous ai résumées. C'est ce que je voudrais vous montrer brièvement.

C'est un précepte de la table, qu'on digère facilement ce qu'on mange avec appétit. Vous en voyez la raison, sans que j'insiste : elle est dans le flot de la sécrétion psychique, qui sera abondante si l'aliment est agréable au goût, et le digérera aisément, même s'il est de sa nature difficilement attaquable. L'utilité d'une bonne cuisine résulte de la même considération.

L'ordonnance habituelle de nos repas n'a rien non plus d'arbitraire. Nous voyons que le repas commence d'ordinaire soit par du bouillon ou du potage, soit par des hors-d'œuvre. Ceux-ci, par leur saveur accentuée, sont éminemment propres à provoquer la sécrétion du suc d'appétit ; à cette action, le bouillon, les potages ajoutent leur action propre d'excitants chimiques.

L'estomac dispose alors d'unesécrétion surabondante : c'est le moment de lui proposer les aliments substantiels, entrées, rôtis. Entre temps, de nouvelles poussées de sécrétion psychique pourront être provoquées par des pickles ou par une glace. L'usage existant dans certains pays de boire au milieu du repas un petit verre d'eau-de vie répond probablement à la même indication. Enfin on termine par des sucreries, qui sont à la fois d'un goût agréable et deviennent absorbables au prix de transformations facilement réalisées (elles se passent du reste ailleurs que dans l'estomac).

L'utilité de présenter les aliments sous une forme agréable, d'y associer des condiments, doit être présente à l'esprit de l'hygiéniste chargé de régler la ration alimentaire de collectivités ? Il ne suffit pas que cette ration contienne les quantités convenables d'azote et de carbone, elle doit les présenter sous forme d'aliments consommés avec plaisir, condition nécessaire de leur utilisation.

Boire en mangeant aide à la digestion. Il y a à cela une

Digitized by Google

double raison. D'une part, la sécrétion urinaire et toutes les sécrétions digestives, s'exagèrant, éliminent une quantité d'eau qui doit être rendue au sang pour que ces sécrétions mêmes puissent continuer de s'accomplir : d'autre part, je vous rappelle que l'eau figure parmi les excitants chimiques de la sécrétion.

L'action inhibitrice des graisses nous explique que les aliments qui contiennent beaucoup de graisse soient d'une digestion difficile. De cette action découle aussi la règle de ne pas commencer le repas par un aliment gras et celle de dégraisser soigneusement le potage du début.

Le lait est connu pour la facilité de sa digestion. Pavloff a vu en effet que sa matière albuminoïde est aisément solubilisée, et vous vous souvenez qu'il figure parmi les excitants chimiques de la sécrétion gastrique. C'est donc un aliment aisément digestible : cette notion de la digestibilité est importante à envisager quand il s'agit d'apprécier la valeur d'un aliment composé; il y a lieu de tenir compte à la fois de la quantité des aliments simples offerts, et du travail qui sera nécessaire à l'organisme pour se les assimiler : c'est ainsi que la viande crue, que l'albumine de l'œuf, perdent de leur valeur nutritive par la coction, en devenant moins digestibles.

Il n'est pas bon de lire en mangeant : l'attention s'en trouve trop détournée de l'objet principal.

Enfin nos notions physiologiques ont leurs applications thérapeutiques. — A certains malades à fonctions digestives languissantes on conseillera les petits repas fréquents pour leur assurer un grand nombre de fois le bénéfice de la sécrétion psychique. — Chez d'autres, les fébricitants par exemple, l'appétit est nul, il n'y a donc plus à compter sur l'indispensable « suc d'amorce », on doit y suppléer par des substances qui soient des excitants chimiques de la sécrétion : l'extrait de viande (c'est-à-dire le bouillon), le

Digitized by Google

lait, remplissent cette condition. Il y a lieu de rappeler ici que la viande crue pulpée a la même propriété : nous comprenons ainsi qu'elle puisse servir à l'alimentation des malades qui ne supporteraient point la viande cuite. La diète peut être utile dans certains cas de troubles digestifs en provoquant le réveil de l'appétit, indispensable condition de la sécrétion psychique. — Enfin, nous ferons une dernière application de nos notions à la dyspepsie dite de surmenage: il s'agit, dans de tels cas, de gens qui, sous l'empire de chagrins ou de préoccupations trop vives, se sont laissés aller à prendre leurs repas d'une manière irrégulière et trop rapide, et surtout sans prêter aucune attention à ce qu'ils mangeaient ; ce qui se passe chez eux est comparable à ce que nous avons vu se produire chez les chiens à qui la pâtée est introduite dans l'estomac, directement et à leur insu : dans ces conditions, le suc d'amorce faisant défaut, les aliments demeurent inattaqués dans l'estomac et finissent par s'y putréfier : des troubles digestifs en sont la conséquence. De tels malades doivent être enlevés à leur milieu et à leurs préoccupations, et mis dans des conditions d'oisiveté telles que le repas leur soit réellement une occupation ; on pourra voir alors l'appétit renaître.

En résumé, la théorie que nous nous sommes faite d'une digestion gastrique normale est d'accord avec les règles auxquelles nous conformons nos repas dans l'état de santé aussi bien qu'avec celles qu'on observe dans l'alimentation des malades. Une fois de plus, l'investigation expérimentale ne fait qu'expliquer et justifier la pratique traditionnelle.

Digitized by Google

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

Séance du 13 *mars*

Présidence de M. Guérin.

Etaient présents : MM. Estor, Rodet, Puech, Vedel, Lagriffoul, Gaussel, Mme Gaussel, Moitessier, Delage, Maystre, Pagés.

Splénomégalie chronique avec leucémie et séro-diagnostic d'Arloing positif

(Suite de la discussion)

M. Abadie. — L'hypertrophie de la rate, chez le cobaye tuberculeux, était en 1899 citée par M. Achard à la Société médicale des hôpitaux. A côté des cas de splénomégalie avec hyperglobulie rapportés par MM. Rendu et Widal, puis par MM. Moutard-Martin et Lefas, MM. Achard et Castaigne tenaient à placer une troisième observation de rate tuberculeuse, mais sans modification du sang. Anatomiquement, elle réalisait le type hémorragique et nécrotique, au lieu du type scléro caséeux déjà observé. Et M. Achard disait [1] : « Ces lésions de tuberculose splénique sont assez fidèlement réalisées par la pathologie expérimentale chez le cobaye tuberculeux, la rate devient extrêmement volumineuse, et cette augmentation n'est pas due à la sclérose ni à un développement excessif des tubercules ; elle résulte principalement des hémorragies intra-spléniques qui se font d'une façon diffuse dans presque tout le parenchyme.

Les lésions que M. Lagriffoul a également observées et qui sont ici d'un particulier intérêt, d'autre part la confiance qu'il accorde au séro-diagnostic d'Arloing, font, pour la malade de M. le professeur Forgue, pencher le diagnostic vers la tuberculose de la rate.

Y a-t-il donc quelque particularité clinique qui doive faire repousser cette conclusion ?

Nous avons signalé déjà l'importance attribuée par Rendu et

[1] Soc. médicale des hôpitaux, 9 juin 1899, *in* Presse médicale 1899, n° 48, p. 231.

Digitized by Google

WIDAL à l'*hyperglobulie* associée à la cyanose; il ne faudrait cependant pas faire de l'un ou l'autre de ces signes une condition nécessaire de la tuberculose splénique, loin de là. L'hyperglobulie existe dans deux cas seulement : l'un de RENDU et WIDAL (6.200.000 gl.r.), l'autre de MOUTARD-MARTIN et LEFAS (8.200.000 gl. r.); dans ce dernier, il n'existe déjà pas de cyanose, enfin dans l'observation d'ACHARD et CASTAIGNE pas plus d'hyperglobulie que de cyanose (3 200.000 gl. r.). Il n'est pas davantage fait mention dans les 2 cas tout récents de LORRAIN et de FERRAND et RATHERY. L'absence d'hyperglobulie n'est donc pas suffisante à repousser la pensée de la tuberculose.

On peut d'ailleurs s'en convaincre en étudiant la pathogénie de cette hyperglobulie. Pour RENDU et WIDAL, la cause en est dans la destruction des élément nobles de la rate, qui perd ainsi ses fonctions physiologiques, et surtout dans l'action vicariante d'autres organes hématopoiétiques, tels que la moelle des os où l'on trouve les marques histologiques d'une suractivité fonctionnelle. VAILLARD se base plutôt sur cette notion bien établie que la rate est un centre de destruction des globules rouges. Si le tissu de la rate disparaît, il n'y aura plus destruction globulaire, d'où surnombre des hématies dans le sang. A quoi WIDAL répond que l'hyperglobulie ne s'observe cependant pas, alors même que la rate entière est enlevée, dans les splénectomies totales. En fin de cause, il faut donc en revenir de préférence à l'opinion de WIDAL et invoquer une suractivité fonctionnelle de la moelle osseuse : c'est le fait de l'infection tuberculeuse générale portant non seulement sur la rate mais sur l'ensemble des organes (l'hypertrophie du foie en est d'ailleurs un exemple), et c'est un point sur lequel nous reviendrons.

Par contre, comment expliquer l'absence d'hyperglobulie? Ou bien l'infection tuberculeuse porte plus strictement sur la rate et n'a pas ou n'a pas encore de retentissement sur les organes hématopoiétiques, tels que la moelle osseuse (cette hypothèse cadre avec l'opinion de WIDAL que nous venons de citer); ou bien, si l'on admet l'explication de l'hyperglobulie donnée par VAILLARD [1], cette hyperglobulie peut manquer lorsque les lésions de la rate sont encore trop peu avancées pour annihiler sa fonction destructive de globules rouges.— Dans un cas comme dans l'autre, les différences observées tiennent peut-être à la période de la maladie pendant

[1] VAILLARD, — *Soc. méd. des hôp.* 16 juin 1899.

Digitized by Google

laquelle les observations sont faites, l'hyperglobulie étant la marque d'une lésion locale très accentuée ou d'un stade d'infection généralisée.

Posons-nous les mêmes questions en ce qui concerne l'augmentation du nombre de globules blancs Dans presque tous les cas, ce nombre reste normal ; RENDU et VIDAL ont même noté à 2 ans d'intervalle chez leur malade une notable diminution ; de 6000 en 1892, le chiffre tombe à 4,500 en 1894. Par contre, MOUTARD-MARTIN et LEFAS observent une hyperleucocytose nette, puisque le chiffre atteint est de 31428. — Comment l'expliquer ? Par une cause générale ou par une cause locale : ou bien l'infection par le bacille de Koch porte à la fois sur les autres organes leucocytopoiétiques et détermine par eux une leucocytose, ou bien au début de son atteinte la rate congestionnée passe par une période de suractivité. Il n'y a là rien de contraire à ce qui s'observe mainte fois : il existe par exemple des faits de tuberculose ganglionnaire simulant exactement la lymphadénie et s'accompagnant d'une hyperleucocytose. Il est vrai, et c'est là une remarque importante, que d'une part l'augmentation du nombre des globules blancs n'atteint guère plus de 50 000, se borne à être une leucocytose alors que dans notre cas le chiffre est comparativement énorme (123000) et réalise une franche leucémie (à 70000 commence pour M. HAYEM, la leucémie vraie) ; en outre la formule leucocytaire est polynucléaire s'il s'agit d'une tuberculose, plutôt mononucléaire dans la lymphadénie leucémique. Et dans notre cas, mystère !

Encore une fois, nous avons exposé plus haut de simples hypothèses qui nécessitent pour être jugées des observations plus nombreuses, contenant des examens du sang à divers moments de la maladie et des examens complets. Ces réflexions se trouvent être émises *à propos* de notre observation, et non pour elle car, incomplète, elle ne peut servir à confirmer ou rétorquer nulle hypothèse.

Un dernier fait nous semble utile à mettre en évidence : nous avons invoqué il y a quelques instants, dans une question de pathogénie, l'infection générale tuberculeuse. Or, dans presque tous les cas où l'on a observé la splénomégalie tuberculeuse non secondaire, il existait un retentissement sur nombre d'autres organes. Est-ce ultérieurement ou simultanément qu'il s'est produit ? il est difficile de le dire. En tous cas, l'hypertrophie du foie, la congestion de la moelle osseuse, sont mainte fois notées ; pour nous en tenir aux

Digitized by Google

tout derniers cas, LORRAIN trouve des lésions hépatiques accentuées et des lésions pulmonaires plus récentes ; FERRAND et RATHERY observent un gros foie et constatent à l'autopsie une endocardite végétante secondaire. Ne semble-t-il pas que ces cas de lésions à étendue variable constituent une série d'états intermédiaires dont le terme ultime vient d'être décrit par DEBOVE[1] sous le nom de *bacillémie tuberculeuse subaiguë* ?

Une malade meurt en pleine cachexie après avoir présenté une grosse rate, un gros foie sans ictère, des signes d'endocardite, de la diarrhée. L'évolution clinique a duré 8 mois. A l'autopsie, grosse rate avec d'abondantes granulations en dégénérescence caséeuse, des lésions d'endocardite, rien à l'intestin, rien de tuberculeux aux poumons. Dans les points lésés et dans le sang, bacilles de Koch. Il s'agissait d'une bacillémie tuberculeuse.

Ce cas est rapproché par DEBOVE de l'observation classique de SCHAROLDT[2] étiquetée tuberculose aiguë dè la rate. « Le malade durant sa maladie présenta les signes d'une granulie, et à l'autopsie on ne trouva de granulations que dans la rate extrêmement hypertrophiée ». Si l'examen bactériologique du sang avait été fait et s'était montré positif, n'était-ce pas là une « *bacillémie tuberculeuse aiguë* ».

L'hypertrophie tuberculeuse de la rate semble donc être la marque d'une infection générale tuberculeuse, dont les poumons peuvent n'être qu'une localisation fort tardive.

De la conclusion qu'il nous paraît ainsi logique d'émettre, une application pratique s'ensuit : dans les cas où une splénomégalie est d'un diagnostic difficile, il est nécessaire de joindre à l'examen histologique du sang l'épreuve du séro-diagnostic d'Arloing, et l'examen bactérioscopique du sang, par la méthode inoscopique de Jousset.

[1] Debove. — La bacillémie tuberculeuse subaiguë. *Gaz des hôp.* 1903, n° 29.

[2] Scharoldt. — Un cas de tuberc. aig. de la rate. *Artzl. intell. blatt. München.* 1883, pag 252.

(A suivre).

Digitized by Google

VARIÉTÉS

La guerre aux Charlatans.

Nous avons signalé dernièrement cet attendu d'un juge américain acquittant un charlatan poursuivi par des malades mécontents — que « ce n'est pas l'affaire de la justice d'empêcher les gens de faire des bêtises si cela leur plaît ».

Les Allemands ne sont pas de cet avis, et à Berlin le préfet de police a cru devoir prévenir officiellement le public de ne pas ajouter foi aux annonces trompeuses s'étalant dans certains édicules et promettant la guérison de la chaudepisse et de la syphilis.

Le tribunal de Breslau est allé plus loin, et, sur la plainte d'un médecin, n'a pas hésité à condamner un charlatan qui guérissait le bégaiement avec attestations à l'appui.

Dans ses annonces à la quatrième page des journaux politiques, ce charlatan promettait à tous les bègues, sans exception, une guérison radicale et sans récidive, avec garantie par écrit.

Le professeur Wernicke, commis pour expert, ayant déclaré que, dans l'état actuel de la science, nul ne saurait promettre la guérison à tous les bègues et encore moins donner des assurances par écrit, le tribunal a fait injonction au guérisseur d'avoir à cesser immédiatement ses annonces, sous peine d'une amende de 100 marks pour chaque infraction à ce jugement.

Que deviendraient les « hommes faibles » et les «personnes pâles» si un tribunal français s'avisait de rendre un pareil jugement ?

BIBLIOGRAPHIE

Les leucocytes. Technique (hématologie-cytologie), par MM. J. Courmont, professeur d'hygiène, et V. Montagard, préparateur du cours d'hygiène, à la Faculté de médecine de Lyon. (N° 31 de la collection « L'œuvre médico-chirurgical » de Critzman ; Masson, éditeur).

« L'étude des leucoytes du sang ou des épanchements séreux est à l'ordre du jour. Elle est encore peu avancée, malgré les innom-

Digitized by Google

brables travaux de ces dernières années. Une revue critique des procédés techniques les plus recommandables, parmi le trop grand nombre de ceux qui ont été proposés, s'impose actuellement ». Tel est le but, formulé par eux-mêmes au début de leur introduction, que les auteurs se sont proposé en écrivant cet opuscule.

MM. J. Courmont et Montagard étaient qualifiés pour faire ce travail, leurs recherches multiples sur la cytologie du sang et des humeurs, sur la formule leucocytaire de divers états morbides, leur ayant donné sur ce sujet une expérience personnelle et une grande compétence.

La brochure, de 31 pages in-8°. est divisée en trois parties.

La première partie est consacrée à la numération des leucocytes du sang, sans distinction d'espèces, telle qu'on se contentait de la pratiquer autrefois.

La deuxième partie traite de la technique propre à distinguer les diverses espèces de leucocytes et à établir leur pourcentage. Les auteurs étudient successivement : l examen du sang vivant. avec les procédés de coloration des leucocytes à l'état vivant ; les diverses méthodes de fixation ; les matières colorantes ; la technique de la coloration proprement dite. Ils donnent leur appréciation sur chaque méthode et chaque réactif, ses avantages et ses inconvénients ; la revue des procédés de coloration comme celle des moyens de fixation se termine par la mise en relief des principaux avec leurs indications respectives.

La troisième partie « Cytologie des sérosités » est consacrée à la technique spéciale qu'exige la détermination des leucocytes dans les épanchements séreux.

En résumé, le sujet est envisagé au point de vue purement technique ; mais la technique est fouillée dans tous ses détails. Les matières sont traitées d'une façon méthodique, et, malgré leur aridité, avec clarté ; et ce sont partout des conseils extrêmement pratiques.

Cette brochure peut rendre de grands services, tant aux hommes de laboratoire qui veulent se livrer à des recherches sur les leucocytes qu'aux cliniciens qui ne doivent pas négliger aujourd'hui les ressources du cytodiagnostic.

L'opuscule se termine par un index bibliographique très important, qui contient près de 300 n°s, classés en « hématologie » et « cytologie des sérosités ».

A. Robert.

Digitized by Google

La Lutte contre le Lupus vulgaire par Niels R. Finsen (Copenhague). — Rapport présenté à la conférence d'automne du Bureau International Central pour la lutte contre la tuberculose, Berlin, 1902. Une brochure in-8° jésus de 13 pages. avec planches. Prix : 1 fr. 50 (C. Naud, éditeur, 3, rue Racine, Paris).

—

Recherches cliniques et thérapeutiques, sur l'Épilepsie, l'Hystérie et l'Idiotie. — Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pour l'année 1901. par Bourneville.

Tome XXII de la collection in-8° de CLX 238 pages, avec 14 figures dans le texte et XVI planches hors texte, prix : 6 fr.

NOUVELLES

—

Facultés de Médecine. — *Concours d'agrégation* — Il sera ouvert à Paris en 1903-1904 un concours pour 43 places d'agrégés à répartir de la manière suivante :

Section de médecine. — Pathologie interne et médecine légale : Paris, 5 ; Bordeaux, 2 ; Lille, 1 ; Lyon, 2, Montpellier, 1 ; Nancy, 2; Toulouse, 2.

Section de chirurgie. — Chirurgie : Paris, 3 ; Bordeaux, 1 ; Lyon, 2 : Montpellier, 1 ; Nancy, 1. — Accouchements : Paris, 1 ; Lille, 1 ; Montpellier, 1 ; Nancy, 1 ; Toulouse, 1.

Anatomie : Paris, 1 ; Lyon, 1 ; Montpellier, 1 ; Nancy, 1 ; Toulouse, 1.

Physiologie : Bordeaux, 1 ; Lille, 1 ; Nancy, 1.

Histoire naturelle : Lyon, 1.

Physique : Montpellier, 1.

Chimie : Paris, 1 ; Lyon, 1 ; Nancy, 1 ; Toulouse, 1.

Pharmacie : Lyon, 1.

Ces concours s'ouvriront à Paris le 17 décembre 1903 pour la pathologie interne et la médecine légale ; le 11 mars 1904 pour la chirurgie et les accouchements, le 13 mai 1904 pour les autres sections.

Les candidats s'inscrivent chacun d'une manière spéciale pour l'une des places mises au concours dans chaque Faculté.

Ils peuvent s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places.

Digitized by Google

Pendant le mois de mars, 28 personnes ont été admises au traitement antirabique.

8 personnes provenaient du département de l'Hérault, 6 des Pyrénées-Orientales, 5 de la Haute-Garonne, 2 du Tarn, 2 de Vaucluse, 2 du Gard, 2 du Tarn-et-Garonne, 1 du Lot.

Sur ce nombre, 5 personnes ont été hospitalisées.

—

Le septième Congrès International d'otologie se réunira à Bordeaux, du 1er au 4 août 1904, sous la présidence du Dr Moure.

—

Des concours seront ouverts devant l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes :

1° Le 5 octobre 1903, pour un emploi de *Chef de Clinique médicale ;*

2° Le 2 octobre 1903, pour un emploi de *Chef de Clinique obstétricale et gynécologique.*

Sont admis à concourir les Docteurs en médecine français et les étudiants en médecine ayant soutenu leurs cinq examens de doctorat, avec condition d être Docteur dans les six mois.

Les candidats ne doivent pas avoir plus de 35 ans au moment de l'ouverture du concours.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

—

Tableau des Actes du 30 Mars au 4 Avril 1903.

Lundi, 10 heures, 1er examen, épreuve pratique, examinateurs : MM. Gilis, Hédon, Mouret, 12 candidats. — Midi 1/2, 3e examen, 1re partie, examinateurs : MM. Forgue Vallois, L. Imbert ; candidats : MM. Salenson. Veirat Deloupy. — Midi 1/2, 4e examen, examinateurs : MM. Hamelin, Bertin-Sans, Raymond ; candidats : MM. A. Scemama, Utéza, Zogha

Mardi, 8 h. 1/2, 2e examen, examinateurs : MM. Imbert, Vialleton, Hédon ; candidats : MM. Velluet Aptekmann, Bouvaist. — Midi 1/2. 3e examen, 2e partie (oral) examinateurs : MM. Ducamp, Rodet. Raymond ; candidats : MM. Roger, Robert, Astre. — Midi 1/2 3e examen, 1re partie, examinateurs : MM. Tédenat, Puech Jeanbrau candidats : MM. Anthoine, Castagnoni, Crès. — 9 heures, 5e examen, 2e partie, examinateurs : MM. Carrieu, Bosc, Raymond ; candidats : MM. Waptzaroff, Payré-Ficot. — Midi 1/2,

Digitized by Google

thèse, examinateurs : MM. Grasset, Baumel, Rauzier, Vedel ; candidat : M. Moliner.

Mercredi, 8 h. 1/2, 2e examen, examinateurs : MM. Vialleton, Ville Poujol ; candidats : MM. Biscaye. Crémieux, Castany, Crébassol.— Midi 1/2, 3e examen, 1re partie, examinateurs : MM Estor, Puech, de Rouville ; candidats : MM Galinovska, Jolieu, Lambot. — Midi 1/2, 3e examen, 2e partie, épreuve pratique, examinateurs : MM Granel. Ducamp, Vedel ; candidat : M. Nazmi. — Midi 1/2, 3e examen 2e partie, épreuve orale, examinateurs : MM. Granel, Ducamp, Vedel ; candidats : MM. Barthès Bouisset. Gaubert. — Midi 1/2, 4e examen, examinateurs : MM. Sarda, Bertin-Sans, Galavielle ; candidats : MM. Danillon, Laurans, Mantaphounis.

Jeudi. 8 h. 1/2. 2e examen examinateurs : MM Vialleton Hédon, Moitessier ; candidats : MM. Duplanté, Estachy, Fonzes, Maraval.— Midi 1/2, 3e examen, 1re partie, examinateurs : MM. Estor, Vallois, L. Imbert ; candidats : MM Meirieu, Orabona, Poli. — Midi 1/2, 3e examen, 1re partie, examinateurs : MM. Tédenat, Puech, Jeanbrau ; candidats : MM Parry, Roubion. — Midi 1/2, 4e examen, examinateurs : MM. Hamelin. Bertin-Sans, Galavielle : candidats : MM. Papadopoulos. Raffalli. Reyne. — 10 heures. 5e examen, 1re partie, examinateurs : MM. Forgue, Puech, de Rouville ; candidat : M. I. Scemama. — Midi 1/2. 3e examen, 2e partie (oral), examinateurs : MM. Granel Ducamp, Rauzier ; candidats : MM. Mazeu, Nazmi. — Midi 1/2, thèse, examinateurs : MM. Baumel, Carrieu. Brousse, Vires ; candidat : M. Bordes.

Vendredi, 8 h. 1/2, 1er examen, examinateurs : MM. Gilis, de Rouville Mouret ; 6 candidats.— Midi 1/2, thèse examinateurs : MM. Mairet, Ducamp, Brousse, Vires ; candidats : MM. Olénoff, Désery. — Midi 1/2, thèse, examinateurs : MM. Forgue, Estor, L. Imbert, Jeanbrau ; candidats : MM. Nègre, Dullin — Midi 1/2, thèse, examinateurs : MM. Baumel, Ville, Moitessier, Poujol ; candidat : M. Benoit.

Samedi. 8 h. 1/2. 1er examen, examinateurs : MM. Gilis, Mouret, de Rouville ; 6 candidats.— 9 heures. 5e examen. 2e partie, examinateurs : MM. Grasset, Carrieu Rauzier ; candidats : MM. Contancin, L. Vidal, Trébosc. — Midi 1/2, 3e examen. 2e partie (a. r.), examinateurs : MM. Mairet, Ducamp, Brousse, candidats : MM Duhamel, Filippi. — Midi 1/2. thèse, examinateurs : MM Carrieu Rodet, Galavielle, Vedel ; candidat : M. Déléon-Brunet. — Midi 1/2, thèse, examinateurs : MM. Forgue, Estor, L. Imbert, Jeanbrau ; candidat : M. Niel. — Midi 1/2, thèse, examinateurs : MM. Tédenat, Baumel, Mouret, de Rouville ; candidat : M. Turin.

L'Éditeur-Gérant : P. DELORD-BOEHM.

Montpellier. — Imprimerie DELORD-BOEHM ET MARTIAL.

Digitized by Google

N° 16 19 AVRIL 1903. TOME XVI

MONTPELLIER MÉDICAL

Journal Hebdomadaire paraissant tous les Dimanches

DE LA

DILATATION MANUELLE DU COL UTÉRIN

Par le Dr GUÉRIN-VALMALE

Ancien chef de clinique d'accouchement à la Faculté

Au cours de certains états pathologiques compliquant la grossesse ou l'accouchement, tels que le placenta prœvia, les cardiopathies, l'éclampsie, la procidence du cordon, etc; tantôt la mère, tantôt l'enfant, parfois même ces deux existences, peuvent être en imminence de mort. L'accoucheur se trouve alors dans l'absolue nécessité d'extraire immédiatement le fœtus, de vider l'utérus le plus rapidement possible.

Si la dilatation est complète, l'indication sera immédiatement remplie, mais dans bon nombre de cas, le col n'est pas dilaté ou sa dilatation est incomplète, et l'accoucheur prêt à intervenir viendra butter contre cette barrière.

Dilatation artificielle. — Lever cet obstacle et permettre la terminaison rapide de l'accouchement, tel est le but de la dilatation artificielle du col utérin, et pour l'atteindre depuis de longues années les accoucheurs ont exercé leur esprit inventif et déployé toute leur habileté manuelle.

Digitized by Google

De nos jours, les diverses méthodes proposées ont été rangées par Fieux [1] en deux grandes classes :

1° Les méthodes d'ouverture avec effraction voulue (incision du col) ;

2° Les méthodes de dilatation qui cherchent à ménager l'intégrité des parties maternelles.

Des premières nous n'avons pas à nous occuper ici, elles sont, d'ailleurs, généralement abandonnées en France, quoique depuis peu de temps quelques élèves de Pinard (Varnier, Potocki, Fieux) aient eu quelques tendances à les reprendre.

Parmi les secondes, nous connaissons aujourd'hui trois grandes méthodes mécaniques de dilatation artificielle, toutes trois efficaces et assez rapides mais de valeurs très inégales.

L'une d'elles agit directement sur le col au moyen d'instruments métalliques : dilatateurs de Busch, de Bossi, et même jusqu'à un certain point l'écarteur de Tarnier. Si on la veut rapide, elle est souvent brutale ; puissante mais aveugle, elle peut déterminer des lésions maternelles sérieuses et produire quelquefois autant de dégâts que le vieil accouchement forcé.

La seconde s'adresse aux sacs, aux colpeurynters, aux ballons dilatateurs de Barnes, de Braun, de Champetier de Ribes, de Boissard, etc. Plus douce que la précédente, si elle n'offre pas les mêmes dangers, elle a le grave défaut d'être plus lente et de nécessiter souvent une longue perte d'un temps précieux.

La troisième, enfin, n'use d'aucun autre instrument que ceux dont la nature a pourvu tout accoucheur, c'est la dilatation manuelle.

Dilatation manuelle. — « Cette méthode, après avoir

[1] Fieux. — Procédés de la provocation et de la terminaison artificielle rapide de l'accouchement. *Ann. de gynecol. et d'obst.* juin 1901. p. 409.

Digitized by Google

été durant des siècles la seule employée, faute d'une instrumentation plus parfaite, tomba plus tard dans le même discrédit que l'accouchement forcé dont elle constituait le prélude obligé » [1].

Mais ici s'impose une remarque capitale, touchant à l'esprit même de la méthode et qui suffit à justifier la dilatation manuelle du reproche formulé par quelques auteurs, d'être un retour déguisé vers *l'accouchement forcé*. Que l'on fasse ce reproche à *l'accouchement* dit *chirurgical* de Rocheblave [2], rien de mieux, mais il ne saurait atteindre la *dilatation manuelle* moderne. Il existe, en effet, une différence capitale entre la dilatation manuelle des anciens accoucheurs et cette intervention telle que nous la comprenons aujourd'hui.

Celle de jadis n'était, comme on l'a dit, que le simple prélude de l'accouchement forcé. On ne cherchait pas à dilater COMPLÈTEMENT l'orifice utérin, on ne lui demandait que de permettre d'insinuer la main ou le forceps qui devait extraire de force le fœtus. Quant au complément de la dilatation, c'était le fœtus lui-même qui l'achevait sous l'effort de tractions d'une brutalité inouïe et souvent au prix de dégâts lamentables.

Aujourd'hui, au contraire, depuis l'accouchement méthodiquement rapide de Tarnier, l'action manuelle a pour but essentiel de parvenir à la dilatation COMPLÈTE de l'orifice utérin avant que soit tenté le moindre essai d'extraction. C'est là la caractéristique de la méthode actuelle, c'est aussi l'explication presque suffisante de la différence de résultats constatée entre les désastres de l'accouchement forcé et les brillants succès de l'accouchement méthodiquement rapide.

Aussi la dilatation manuelle moderne possède-t-elle des adeptes convaincus et des défenseurs enthousiastes.

[1] H. MORTAGNE. — De l'accouchement méthodiquement rapide. *Th. de Paris*, 1897, p. 71.

[2] ROCHEBLAVE. — De l'accouchement chirurgical. *Bull. Méd.*, 19 fév. 190?.

Digitized by Google

« A nos yeux, dit Eliot[1], nos doigts sont le meilleur et le plus sûr de nos instruments, parce que la force employée est active, permet l'appréciation de ce qui est fait et est entièrement soumise à la volonté du chirurgien. La main est douce, apprécie les progrès de la dilatation ; peut se rendre compte du relâchement d'un orifice rigide, reconnaître les déchirures du col et préserver intactes les membranes. Ces avantages ne peuvent être invoqués en faveur d'aucun des instruments communément employés. Aucun ne nous donne des renseignements précis sur le degré des dégâts commis ; ils ne nous disent qu'une chose, c'est que la dilatation obtenue est suffisante pour permettre l'introduction d'un dilatateur de dimensions plus considérables, ou bien que nous pouvons en introduire un autre, puis encore un autre, et ainsi de suite... ce ne sont que des machines ».

Et à propos des divers cas où l'extraction rapide de l'enfant est indiquée, parlant non pour les services hospitaliers ni les cliniques, où une instrumentation complète est toujours sous la main, mais pour les praticiens aux prises avec les difficultés de la clientèle urbaine ou rurale, il ajoute : « Chacun de ces cas demanderait une assistance spéciale ; mais combien d'entre nous, appelés pour faire un accouchement, possèdent tous ces instruments et, s'ils les possèdent, les emportent avec eux? Pourquoi irions-nous nous embarrasser d'instruments, quand nous portons avec nous le plus sûr de tous... nos doigts ? »

Partisan convaincu de la méthode manuelle, Éliot lui fait les honneurs d'un véritable plaidoyer. Sans être aussi enthousiastes, bien d'autres auteurs lui reconnaissent de précieux avantages.

« Les sacs hydrostatiques, écrivait Bonnaire en 1892,

[1] Eliot. Accouchement forcé in certain obstetrical complications. — *Journ. of. Ann. méd.* Ass. Chicago, 1893, XXI, 312.

Digitized by Google

comme les dilatateurs métalliques, sont des instruments dont on ne peut apprécier à tout instant l'action sur le tissu musculaire du col. Le travail mécanique qu'ils fournissent n'est pas toujours strictement équilibré avec le degré de résistance du col, et les effets produits, dont l'exagération se traduit par la déchirure du col, ne peuvent pas toujours être prévus à temps. Pour peu donc que les tissus maternels aient conservé quelque tonicité et résistance, leur emploi, dans le but d'obtenir une dilatation très rapide, ne peut être inoffensif qu'entre des mains très prudentes et particulièrement exercées.

» A la dilatation instrumentale il faut en conséquence préférer, quand elle est possible, la dilatation manuelle. Avec cette manière de faire, point n'est besoin d'un outillage spécial, que l'urgence des circonstances ne laisse pas toujours le loisir de préparer. La main gradue son effet selon les modalités de la résistance du col et elle contrôle à tout instant les effets obtenus. »

Et Fieux lui-même, qui ne se fait pas faute d'exercer contre cette méthode sa verve quelque peu mordante, est obligé de reconnaître qu'« actuellement, après la mise au jour d'un grand nombre d'instruments et la preuve du flagrant délit de dangereuse impuissance de la plupart d'entre eux, la main semble redevenir l'instrument de choix. »

Telle est d'ailleurs l'opinion généralement admise de nos jours par la plupart des accoucheurs en France et même chez un certain nombre de nations étrangères, et l'on peut dire que la dilatation manuelle, surtout depuis les travaux de Bonnaire, est une opération d'urgence précieuse qui restera parfois au chirurgien, comme le seul moyen de sauver l'existence menacée de la mère ou de l'enfant.

Aujourd'hui que cette intervention a conquis en obstétrique une brillante place, il n'est pas sans intérêt de jeter un coup d'œil sur son passé et de suivre son évolution depuis son origine jusqu'à nous.

Digitized by Google

Historique. — Quoiqu'elle ait été probablement connue et employée par les anciens, nous n'en trouvons pas trace dans leurs écrits. Celse [1] est le seul qui paraisse y faire quelque allusion, encore s'agit-il d'une manœuvre assez primitive.

« Le chirurgien doit introduire dans la matrice le doigt index qu'il a trempé auparavant dans l'huile ; il faut l'y laisser jusqu'à ce que l'orifice s'ouvre de nouveau, et introduire ensuite un autre doigt et, saisissant le moment favorable, insinuer les autres jusqu'à ce que toute la main soit entrée. »

Il nous faut arriver jusqu'à Guillemeau [2], l'élève préféré d'A. Paré, pour trouver une mention explicite de la dilatation manuelle.

« Le chirurgien..... considèrera si le col de la matrice est suffisamment dilaté pour y mettre la main et tourner l'enfant, s'il en est besoin, et où ledit col ne serait dilaté assez, le plus doucement qu'il pourra et sans violence, le graissera de toutes parts avec beurre ou pommade, et petit à petit le dilatant introduira la main dedans. »

Louise Bourgeois et, plus tard, Mauriceau pratiquaient les mêmes manœuvres dans certains cas d'urgence, et enfin Portal [3] vers la fin de ce XVII[e] siècle nous donne une excellente description de son manuel opératoire :

» Je graissai mes doigts et ma main avec de l'huile, ensuite je portai mes doigts jusqu'à l'orifice interne de la matrice, que je sentis être dilaté en rondeur et en largeur de 7 à 8 lignes. Je fis connaître cette rondeur avec mes doigts à ces messieurs qui étaient auprès de la malade.

» J'introduisis mes doigts, index, médius et annulaire, et

[1] Celse ; Traduction Ninnin, 1763, livre II. p. 362.

[2] Guillemeau ; De l'heureux accouchement des femmes, Paris, 1609.

[3] Portal ; La pratique des accouchements soutenue d'un grand nombre d'observations, 1685.

Digitized by Google

les séparant les uns des autres, je dilatai cet anneau ou orifice interne en introduisant ces trois doigts l'un après l'autre, et ayant passablement dilaté, je glissai mon pouce et mon petit doigt à la faveur des trois autres, et avec iceux je formai une sorte de *speculum matricis* en les écartant doucement les uns des autres. J'ouvris cet anneau en telle sorte que je n'eus point de peine à porter ma main vers le fond de la matrice,..... par ce moyen je tirai l'enfant qui était très faible..... parce qu'il avait fort souffert à travers le col, qui n'est pas aussi ouvert que quand les choses viennent naturellement. »

Telle fut à peu de chose près la manière d'opérer de presque tous les accoucheurs à cette époque et durant le XVIII[e] siècle, Peu, Dionis, Levret, etc.

Nous devons cependant une mention toute spéciale à Puzos, cet excellent clinicien qui, le premier, sut ériger en principe la déchirure des membranes dans les hémorragies du placenta prœvia.

Tandis que ses contemporains dans les cas d'urgence ne pratiquaient la dilatation manuelle qu'en vue de l'accouchement forcé, Puzos, frappé des déplorables résultats de cette dernière intervention, chercha dans l'ouverture artificielle du col *jusqu'à dilatation complète* un simple moyen de hâter l'accouchement spontané.

En avance de deux siècles sur ses confrères, Puzos venait de découvrir le principe qui fera plus tard la fortune de la dilatation manuelle telle que nous la comprenons aujourd'hui.

Ce rôle très remarquable de Puzos, nous ne l'avons trouvé mentionné nulle part ; et nous sommes heureux d'en faire l'observation. Le fait apparaît clairement dans ses écrits ; après avoir longuement déploré les tristes conséquences de l'accouchement forcé et son désir de trouver un autre procédé

Digitized by Google

pour terminer rapidement le travail dans les cas urgents, il déclare [1] :

« Le succès a répondu à mes recherches ; je me flatte d'avoir trouvé un moyen qui, tenant le milieu entre l'accouchement naturel et l'accouchement forcé, remplit mieux que tout autre l'indication d'accoucher nécessairement et celle d'accoucher promptement. »

Voici, d'ailleurs, un peu plus loin [2], comment il expose son procédé :

« Il s'agit d'augmenter la dilatation de l'orifice avec le travail des doigts, dans le même ordre et avec autant de douceur que la nature a coutume de s'y employer dans les cas ordinaires. Pour cet effet, il faut introduire un ou plusieurs doigts dans l'orifice, avec lesquels on travaille à l'écarter par des degrés de force proportionnée à sa résistance. Les efforts et les douleurs, secondés par l'action des doigts portés circulairement dans l'orifice pour l'écarter, réussissent pour l'ordinaire et font avancer l'enfant. Enfin, la nature et l'art concourant ensemble pour avancer l'accouchement, il se fait pour l'ordinaire en assez peu de temps ».

On voit combien nous sommes loin ici de la dilatation manuelle pour accouchement forcé, que l'on ne pousse que jusqu'à ce qu'elle soit à peine suffisante pour laisser passer la main. Avec Puzos, il s'agit d'une véritable dilatation complète destinée à permettre l'accouchement spontané. Après son auteur, ce procédé tomba dans l'oubli et chacun continua dans la voie des errements antérieurs ; dès lors, la dilatation manuelle, absolument liée à l'accouchement forcé, en subit toutes les vicissitudes.

Contre ce dernier, une réaction s'opère dès la fin du XVIII[e] siècle et surtout durant le XIX[e].

[1] Puzos ; Traité des accouchements ; mémoire sur les pertes de sang qui surviennent aux femmes grosses, Paris 1759, p. 329.

[2] Puzos ; Traité des accouchements ; mémoire sur les pertes de sang, etc. Paris, 1759, p. 334.

Digitized by Google

Tandis que Baudelocque [1], Stein [2], Maygrier [3], Velpeau [4], en usent encore assez volontiers, Désormaux, P. Dubois et Cazeaux le réservent pour les cas extrêmes, Smellie, Deleurye, Leroux, l'ont abandonné, Dugès et Tarnier sont ses adversaires résolus ; et ce dernier donne le ton de l'opinion générale en 1860, lorsqu'il déclare dans sa thèse d'agrégation : [5]

« Cette dilatation forcée, toujours fort difficile, fort douloureuse, prenait un temps quelquefois très long, aussi on lui préfère aujourd'hui, avec raison, l'hystérotomie vaginale, c'est-à dire l'incision multiple du col. »

Telle fut l'opinion qui règna en France à une époque très rapprochée de nous. Mais il faut reconnaître qu'il n'en était pas de même à l'étranger.

En Italie, dès 1833, Rizzoli érige en système la dilatation manuelle et l'accouchement forcé *per vias naturales* chez les femmes agonisantes ; préférant cette intervention à l'opération césarienne, même après la mort. Il était encouragé dans cette voie par quelques observations éparses çà et là, avant lui : celles de Schenk (1665), de Rigaudeau (1745), de Baudelocque (1796), de Duparcque (1823), de Costa (1827). Mais s'il fut précédé par eux, on doit lui reconnaître le mérite d'avoir préconisé très vivement cette méthode et de s'en être fait presque l'apôtre. Il eut le bonheur d'extraire de nombreux enfants vivants et de voir revenir à la vie des parturientes que l'on avait cru perdues. Ces brillants succès lui attirèrent en Italie toute une phalange de disciples et d'imitateurs, Pellegrini (1844), Esterlé (1861), Belluzzi

[1] Baudelocque ; L'Art des Accouchements, Paris, 1789, T. I, p. 493.

[2] Stein. L'Art d'Accoucher, 1804, T. II, p. 49.

[3] Maygrier ; Nouveaux éléments de la science et de l'Art des Accouchements, 2e édit., 1817, p. 290.

[4] Velpeau ; Traité complet de l'Art des Accouchements, 1835, T. II, p. 298.

[5] Tarnier ; Des cas dans lesquels l'extraction du fœtus est nécessaire et des procédés opératoires relatifs à cette extraction. Paris, Th., 1860.

Digitized by Google

(1863), Moretti (1877), et surtout Vitanza (1892) suivirent sa méthode et lui durent de très beaux résultats.

C'est ainsi qu'en Italie, avec cette nouvelle méthode d'accouchement forcé, reparaissait la dilatation manuelle des anciens accoucheurs.

En France, il y eut peu d'enthousiasme pour la méthode de Rizzoli, et ce n'est que peu à peu que l'on vit quelques accoucheurs s'y essayer, osant ainsi braver l'ostracisme dont était frappé l'accouchement forcé dans notre pays.

Thévenot [1], en 1878, en réunit 15 cas chez des femmes *in extremis;* il cita quelques beaux succès, mais il fut peu suivi.

Cependant, vers 1890-95 un vent souffle sur le monde obstétrical vers la dilatation manuelle. Rien n'est encore fait dans ce sens, mais tout le monde cherche ; en France paraissent quelques observations de Tarnier (1892), de Demelin (1894), de Fournier d'Amiens (1896-98), de Ribemont-Dessaignes (1896). En Amérique, Éliot se déclare partisan résolu de l'intervention manuelle (1893), Marx (1894) et Harris (1894) décrivent chacun un procédé.

Mais une transformation profonde s'est produite dans la dilatation manuelle, et revenant sans le savoir à l'idée directrice de Puzos, ce que l'on cherche, ce n'est plus la possibilité de pénétrer dans l'utérus pour terminer par un accouchement forcé, ce que l'on veut c'est un procédé de dilatation complète qui permette de mettre en œuvre les sages préceptes d'un accouchement méthodiquement rapide tel que l'entendait Tarnier; aussi tous les accoucheurs cherchent-ils le procédé qui permettra non seulement de dilater le col, mais de le dilater le plus complètement possible.

C'est alors que paraît la méthode de Bonnaire. En 1892, il s'était déjà montré partisan de la dilatation manuelle; en

[1] Thévenot ; De l'accouchement artificiel par les voies naturelles substitué à l'opération césarienne. *Ann. de Gynéc.*, 1878, p. 257.

Digitized by Google

1897, il l'applique résolument au placenta prœvia et il décrit clairement la méthode bimanuelle qui sera bientôt adoptée par un très grand nombre d'accoucheurs. Dès lors, une ère nouvelle a commencé pour la dilatation manuelle et son emploi va se généralisant tous les jours. Demelin, Bonnaire publient les premières observations, puis paraissent les thèses de Mortagne, de Didry et un grand nombre de notes et de mémoires sur les indications, la technique et les résultats de la nouvelle méthode.

Les conclusions, même les moins favorables à la dilatation manuelle, nous démontrent que cette intervention est, dans bien des cas, absolument recommandable et mérite d'être mieux connue et plus souvent utilisée par tous les accoucheurs.

Telle est la valeur de la méthode, il nous reste à en étudier les modes d'exécution.

(A suivre).

LE MOIS CHIRURGICAL

(MARS 1903)

L'intérêt des discussions de la SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE en mars 1903 se concentre surtout sur trois questions principales : les résultats de la prostatectomie, le traitement des fractures de la rotule, la résection orthopédique du coude.

Depuis son rapport sur la *prostatectomie* en octobre 1901, M. TUFFIER a pratiqué 6 fois la prostatectomie, dans 2 cas par la voie hypogastrique, dans 4 par la voie périnéale. Cette dernière donne une aisance opératoire plus grande, selon la technique de Proust et Gosset. Elle ne présente guère que deux inconvénients : une certaine difficulté dans le cathétérisme après l'opération, le drainage périnéal jusqu'ici adopté. Peut-être, et il faut l'essayer, serait-il possible, après l'ouverture systématique de l'urèthre durant l'opération, de le reconstituer par suture Sur 6 malades, 1 vieux pros-

Digitized by Google

tatique très infecté est mort ; les 5 autres ont guéri et parmi eux 4 vident complètement leur vessie ; le résidu est de 100 grammes chez celui qui n'évacue pas entièrement. Ces résultats viennent donc confirmer les succès que la prostatectomie périnéale compte à son actif.

En février, M. Quénu avait indiqué les procédés de *suture de la rotule* par la suture transversale et l'hémicerclage ; M. Bazy revient sur ce sujet en montrant un malade qui depuis 41 ans marche, court, porte des fardeaux, avec une rotule fracturée non traitée, dont les fragments sont distants d'au moins 10 centimètres. M. Bazy distingue les fractures indirectes à écartement presque constant, les fractures directes à écartement nul ou minime. Les premières seules relèveraient de l'intervention chirurgicale (cerclage pour M. Bazy), les secondes pourraient être traitées par l'expectation ou l'application d'appareils inamovibles.

En résumé, conclut M. Quénu, du cas exceptionnel rapporté par M. Bazy il faut bien se garder de conclure en faveur de l'abstention. L'immobilisation et les appareils peuvent dans quelques rares cas donner des résultats satisfaisants, c'est un pis-aller ; mais, en règle générale, le traitement des fractures de la rotule, c'est la coaptation chirurgicale : suture, cerclage, etc., pratiquée après quelques jours de repos afin de diminuer l'injection de la synoviale. Un point essentiel à retenir, c'est la nécessité absolue d'une asepsie irréprochable, une arthrotomie et une suture osseuse sont plus dangereuses qu'une laparotomie ! Le minimum de manœuvres manuelles dans l'articulation, bien évacuer le sang, suturer aux fils d'argent et non au catgut !

La *résection du coude* provoque une discussion où prennent tour à tour la parole MM. Lejars, L. Championnière, Quénu, Nélaton, Kirmisson et Montprofit. Il s'agit, au début, d'une observation de M. Launay ; luxation complète du coude en dehors datant de deux mois ; résection du coude, guérison. M. Lejars félicite M. Launay d'une semblable décision : plus encore au coude qu'à l'épaule, la résection est le seul procédé qui soit capable, dans les luxations anciennes, de rendre au membre des capacités fonctionnelles satisfaisantes sinon complètes. La résection est en général préférable à l'arthrotomie, très en honneur en Allemagne. Il faut pratiquer une résection large ; la mobilisation doit être très précoce. Quant au choix de l'incision, M. Lejars préconise non pas l'incision postérieure, mais la double incision latérale de Ollier-Hueter. Par

Digitized by Google

contre, MM. Championnière et Quénu préfèrent l'incision médiane postérieure, et dans plusieurs cas M. Montprofit s'est contenté de la seule incision longitudinale postéro-interne. Dans tous les cas, il faut rechercher d'emblée le nerf cubital afin d'être sûr ne le point léser. Il résulte de cette discussion que les résultats de la résection orthopédique du coude sont excellents et certes préférables à l'hémirésection, malgré l'opinion de M. NÉLATON et de M. KIRMISSON, dont l'observation présentée est peu probante.

Citons encore le rapport de M. DELBET sur la *suture des artères*, les résultats d'*orchidopexie* présentés par M. WALTHER, les observations pleines d'intérêt rapportées par MM, WALTHER, DELBET, TUFFIER de *fistules intestino-vésicales* ; enfin une *pylorectomie* par le procédé de Kocher, pratiquée par M. LEJARS pour un ulcère calleux de la région pylorique de l'estomac, avec guérison.

Docteur J. A.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

—

Séance du 13 *mars*

(SUITE ET FIN).

Sur l'existence possible, d'après un cas de M. le Professeur Forgue, d'une lymphadénie splénique tuberculeuse à forme leucémique. Quelques réflexions sur le traitement des leucémies.

Par le Dr LAGRIFFOUL.

Dans la dernière séance de la Société, à propos de l'observation de splénomégalie que nous a rapportée M. Abadie, j'ai émis relativement au diagnostic de ce cas difficile et qui, malheureusement, n'a pu être étudié d'une façon assez approfondie au point de vue hématologique, une hypothèse dont je voudrais reprendre aujourd'hui quelques points un peu plus en détail.

Après le diagnostic différentiel que nous a fait M. Abadie, il semble qu'en fin de compte, on reste pour cette malade en présence de deux diagnostics possibles, d'une part, diathèse

Digitized by Google

lymphogène, d'autre part, tuberculose massive primitive de la rate.

En faveur de la première hypothèse, nous avons un argument de la plus haute importance ; c'est le chiffre de 123,000 globules blancs par mmc. On sait, en effet, que la plupart des auteurs considèrent comme presque pathognomonique de leucémie un nombre de globules blancs supérieur à 70,000 par millim. cube. Le nombre de globules blancs observé devrait donc nous faire porter le diagnostic de lymphadénie splénique à forme leucémique.

En faveur de la 2e hypothèse, nous avons un séro-diagnostic d'Arloing-Courmont très positif et des signes discrets, il est vrai, mais non douteux cependant, de tuberculose pulmonaire. Nous pouvons donc considérer, d'autre part, cette femme comme tuberculeuse [1].

La pensée d'une tuberculose massive primitive de la rate doit, dès lors, se présenter forcément à notre esprit. Il faut, du reste, s'entendre quand on parle de tuberculose splénique massive primitive. On ne veut pas dire par là que cet organe soit le seul atteint dans l'économie par le processus tuberculeux, ni même qu'il soit atteint avant tout autre ; on veut dire simplement que dans ce cas la tuberculose de la rate évolue d'une façon absolument autonome, à la façon d'une tumeur splénique.

Ces cas de tuberculose massive primitive de la rate sont rares ; les observations qui ont été rapportées jusqu'à présent se comptent, et l'histoire de cette affection n'est vraiment qu'ébauchée. Cependant, depuis que l'attention a été attirée sur ce sujet, les observations de tuberculose de la rate paraissent moins rares qu'on ne le croyait autrefois. C'est ainsi que tout dernièrement, à la Société anatomique de Paris, dans la séance du 1er février dernier, trois cas de splénomégalie tuberculeuse ont pu être présentés, l'un par M. Lorrain, le deuxième par MM. Lefas et Martin, le troisième par M. Rollin. Le

[1] Je crois que le séro-diagnostic d'Arloing-Courmont, au degré où il a été positif, ne peut nous laisser de doute à cet égard. Depuis ma dernière communication à la Société sur le séro-diagnostic de la tuberculose, j'ai pratiqué de nouveaux séro-diagnostics de cette affection en nombre assez considérable ; ma nouvelle statistique, que je compte, du reste, publier prochainement à la Société de biologie, s'élève maintenant à près de 150 cas. De ces nouvelles recherches, il est résulté pour moi cette conviction que ce séro-diagnostic, surtout lorsqu'il est positif à une dilution supérieure à 1/15, ce qui était le cas pour la malade en question, ne peut laisser de place au doute.

Digitized by Google

même jour, à la Société médicale des hôpitaux, MM. Jean Ferrand et Rathery présentaient un autre cas très intéressant de tuberculose de la rate et de l'endocarde, sans lésions pulmonaires. Les cas de tuberculose de la rate seraient donc moins rares qu'on ne le croit, d'autant plus, ainsi que l'a fait remarquer M. Griffon au cours de la discussion sur ce sujet à la Société anatomique, qu'il ne faut pas se borner à un simple examen bactérioscopique des coupes. Un certain nombre de cas de tuberculose primitive de la rate (Rendu et Widal, Moutard-Martin et Lefas,) offrent en effet cette particularité curieuse de ne pas présenter de bacilles dans les masses caséo-tuberculeuses, et cependant l'inoculation au cobaye donne des résultats positifs.

Un autre point qu'il est intéressant de signaler dans l'histoire de la malade de M. le professeur Forgue, c'est l'existence simultanée d'une hypertrophie du foie. On sait depuis longtemps combien les lésions hépatiques peuvent retentir sur la rate. Mais réciproquement, et le fait a été bien démontré par Chauffard, les affections de la rate peuvent retentir sur le foie ; en d'autres termes, il y a des hépatites d'origine splénique. Des observations cliniques très démonstratives de MM. Rendu et Widal, Moutard-Martin et Lefas, Collet et Galavardin, ont nettement établi la propagation au foie, par l'intermédiaire de la veine splénique, de tuberculoses primitives de la rate. Chauffard et Castaigne ont pu, du reste, provoquer expérimentalement des lésions du foie d'origine splénique et l'expérimentation leur a permis non seulement de vérifier et démontrer ce que suggéraient les faits cliniques mais encore d'en apporter une explication. Ils ont vu en effet que, suivant les conditions individuelles de virulence du bacille, la tuberculose splénique peut rester solitaire et mono-viscérale, ou se propager au foie suivant un type strictement spléno-hépatique ou franchir la barrière hépatique pour devenir une tuberculose disséminée et polyviscérale. Ainsi s'expliquent, à côté des faits positifs de Rendu et Widal, Moutard-Martin et Lefas, les faits négatifs tels que celui rapporté par Achard et Castaigne, dans lequel la bacillose splénique n'avait pas été infectante pour le foie. Il semble en effet, dès que l'agent pathogène soluble ou figuré et provenant du parenchyme splénique atteint un degré élevé de nocivité, que ses effets ne se localisent plus strictement sur la glande hépatique, mais ne tardent pas à se diffuser et envahir tout l'organisme. Il en est ainsi par exemple pour les infec-

Digitized by Google

tions tuberculeuses ultra-virulentes de la rate; il en est de même pour la toxine diphtérique, pour le bacille d'Eberth et le coli-bacille, si bien que M. le professeur Rodet, qui a étudié l'effet des injections intra-spléniques des bacilles d'Éberth et coli, a pu dire avec raison de cette diffusion très rapide des lésions secondaires d'origine splénique, que l'injection de microbes dans la rate équivaut à leur introduction dans les vaisseaux.

L'hypertrophie du foie que présentait la malade de M. le professeur Forgue ne serait donc pas contre l'hypothèse d'une tuberculose primitive de la rate. Il s'agirait d'un type spléno-hépatique de cette tuberculose.

Je viens de vous dire les faits qui plaident en faveur du diagnostic de tuberculose primitive de la rate. Mais nous ne devons pas oublier cependant ce chiffre de 123.000 globules blancs par m.m.c., que l'on considère comme pathognomonique de la diathèse lymphogène.

Comment résoudre ce dilemme ? Admettrons-nous tout simplement la coexistence d'une tuberculose et d'une lymphadénie, sans qu'il existe aucune relation entre cette tuberculose et cette lymphadénie? Ces deux diagnostics ne peuvent-ils pas, au contraire, se concilier entre eux ! Cette dernière opinion nous paraît parfaitement soutenable. Depuis quelques années en effet, la pathogénie infectieuse de la lymphadénie n'a cessé de gagner du terrain. Une notion s'est établie peu à peu, c'est celle de l'existence de cas de tuberculose évoluant sous la forme de la lymphadénie.

On a pu démontrer l'existence de lymphadénies tuberculeuses à forme ganglionnaire seule, à forme splénique seule, et enfin à forme ganglionnaire et viscérale. Un cas très net de cet ordre a été notamment relaté par MM. Courmont, Tixier et Bonnet. La nature tuberculeuse de l'affection fut prouvée par le triple critérium des résultats histologiques de la recherche du bacille de Koch et enfin de l'inoculation au cobaye. L'examen du sang pendant la vie leur montra l'existence de 36.000 globules blancs par mmc.

La pathologie comparée elle-même montre la fréquence de la lymphadénie tuberculeuse chez le cheval, le bœuf, le chien, le chat, si bien que M. Cadéac, dans son « Nouveau traité de pathologie vétérinaire », a pu dire : la lymphadénie n'est pas une maladie spéciale, c'est un syndrome, causé par diverses infections microbiennes, au premier rang desquelles la tuberculose.

Duclion a également insisté sur un fait très important, c'est que

Digitized by Google

dans un grand nombre de lymphadénies tuberculeuses, les réac tions cellulaires des organes lymphoïdes sont presque partout les lésions ordinaires de la lymphadénie, les véritables formations tuberculeuses peuvent être très rares et comme clairsemées dans les organes atteints, au point que l'histologie peut ne pas pouvoir les déceler et que seule l'inoculation vient dans ces cas prouver la nature de l'agent pathogène.

De tous ces faits, il semble résulter que la lymphadénie tuberculeuse est certainement beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement. Mais comme on se contente généralement d'ensemencer en bouillon les ganglions, ce qui ne peut déceler le bacille de Koch comme d'autre part l'examen histologique ou bactériologique peut être insuffisant pour déceler le tubercule ou le bacille de Koch, on laisse échapper le plus souvent le véritable agent pathogène. C'est peut-être ce qui explique le grand nombre d'examens bactériologiques négatifs dans l'étude des lymphadénies.

Une autre question qui ne peut manquer de se poser à l'esprit à propos de cette lymphadénie tuberculeuse est la suivante : Pourquoi le bacille tuberculeux peut-il se localiser ainsi dans un système déterminé, sans créer pendant longtemps de lésions dans les autres systèmes de l'organisme ? En un mot, pourquoi cette spécialisation de l'infection tuberculeuse aboutissant au tableau clinique et aux lésions de la lymphadénie ? Il est évident que le problème est difficile à résoudre. MM. Courmont, Tixier et Bonnet invoquent des qualités particulières soit de l'agent infectieux, soit de l'agent récepteur. Ils pensent qu'il s'agit probablement d'un rapport spécial entre la virulence du bacille d'une part, et la résistance plus ou moins grande de l'organisme d'autre part. Il s'agirait de propriétés passagères acquises par le bacille tuberculeux précisément par son passage à travers les ganglions, d'une sorte d'adaptation morbide de l'agent pathogène à un système, à un tissu spécial, expliquant jusqu'à un certain point l'envahissement exclusif pendant un temps de ce système anatomique. Si pour une cause quelconque, le bacille est cantonné dans une partie du système ganglionnaire, il peut y subir une atténuation de virulence et une adaptation morbide spéciale à ne créer de lésions que dans les organes de même structure et de même fonction.

Par tout ce que je viens de vous dire, je crois qu'on peut admettre comme démontrée l'existence d'une lymphadénie tuberculeuse ; dès

Digitized by Google

lors, pourquoi ne pas faire rentrer dans ce cadre la malade de M. le professeur Forgue? Une grosse difficulté se présente cependant, c'est que jusqu'ici les cas de lymphadénie tuberculeuse observés sont des cas de lymphadénie avec leucocytose, mais sans leucémie. C'est ainsi que le malade de MM. Courmont, Tixier et Bonnet présentait 36.000 globules blancs par mmc., c'est-à-dire une leucocytose très marquée, mais on était loin cependant des 123.000 globules blancs présentés par la malade de M. le professeur Forgue.

En sorte qu'en fin de compte, ou bien on doit considérer ce cas comme une lymphadénie splénique leucémique avec coexistence de tuberculose, ou bien alors créer pour elle un nouveau type de lymphadénie et dire qu'il s'agit d'une lymphadénie splénique de nature tuberculeuse à forme leucémique. La clinique a démontré sans contestation possible l existence d'une lymphadénie splénique leucémique. Bien plus, et c'est là un fait capital au point de vue qui nous occupe, on a vu, *chez le même malade*, une de ces formes se transformer dans l'autre. On a démontré d'autre part l'existence d'une lymphadénie viscérale de nature tuberculeuse à forme aleucémique. Par conséquent, pourquoi n'existerait-il pas une lymphadénie tuberculeuse à forme leucémique dans laquelle viendrait tout naturellement se ranger la malade de M. le professeur Forgue?

Malheureusement pour le moment, nous n'en sommes réduits qu'à de pures hypothèses; les renseignements hématologiques que nous possédons sur cette malade sont beaucoup trop incomplets pour que l'on puisse se prononcer d'une façon ferme. Du reste, l'autopsie seule permettrait de trancher la question avec certitude.

C'est qu'en effet le pronostic de la lymphadénie est absolument fatal, et la thérapeutique se trouve absolument désarmée devant cette affection.

En présence de cette impuissance de la thérapeutique, on peut se demander si l'on ne serait pas en droit d'appliquer au traitement de cette redoutable affection les idées nouvelles introduites dans la science depuis quelques années, depuis les remarquables travaux de Bordat sur les sérums cytolytiques.

Bordet, en effet, a démontré que le sérum des animaux auxquels on a injecté du sang d'une autre espèce, acquiert la propriété de détruire les globules rouges du sang des animaux de cette dernière espèce. C'est ainsi, par exemple, que le sérum d'un cobaye auquel on a injecté du sang de lapin, devient hémolytique, pour le sang de lapin. On a vu ensuite que c'était là un fait général pouvant s'appli-

Digitized by Google

quer aux différentes espèces de cellules, et c'est ainsi qu'on a pu obtenir des sérums spermotoxiques, néphrotoxiques, leucotoxiques, hépatotoxiques, névrotoxiques, antiépithéliaux. Ne pourrait-on pas essayer, bien entendu avec toute la prudence que demanderait une pareille expérience, quelle serait l'action de ce sérum leucotoxique dans les cas de lymphadénie[1]. Peut-être n'obtiendrait-on aucun résultat, mais l'expérience ne vaut-elle pas la peine d'être tentée quand on voit l'impuissance des traitements actuels ? Du reste, l'expérience pourrait ne pas être tentée d'abord sur l'homme. Nous avons précisément pour l'étude de cette affection la bonne fortune que les animaux cheval, bœuf, chien, chat, ne peuvent en être atteints. Il serait donc possible d'avoir d'abord une idée de la valeur de cette méthode de traitement avant de l'appliquer à l'homme.

M. Rodet. — L'hypertrophie de la rate chez les cobayes tuberculeux est un fait courant et banal. Cet organe arrive à peser 15 et 20 fois son poids à l'état sain. Chez le cobaye, la splénomégalie tuberculeuse s'obtient constamment dans certaines conditions, par exemple en employant une même matière infectante. Au reste, nous sommes mal fixés en pathologie générale, sur les conditions qui déterminent la localisation d'un microbe sur tel ou tel organe. S'il faut y voir une question de terrain, dans certains cas l'influence de la qualité du germe est indiscutable : on a vu certaines cultures de staphylocoques donner presque constamment des lésions articulaires.

Chez le lapin on observe des lésions tuberculeuses de la rate qui ne sont visibles qu'au microscope : elles constituent le type Yersin par opposition aux lésions banales, qui sont dites type Villemin.

M. Rodet affirme sa confiance dans la séro-réaction d'Arloing et Courmont. S'il est fréquent de constater la séro-réaction positive, il faut rappeler que, dans une récente statistique de 6,000 autopsies, on a trouvé 2,000 cas de tuberculose plus ou moins latente.

M. Vedel. — Un examen du sang plus approfondi eût été

[1] Nous avons eu connaissance, peu de temps après notre communication, d'un travail sur cette question : Lucatello et Malon. *Di un siero leucolitico antileucemico* (*Gozz. degli Osped. 25 janv*). Nous n'avons pu nous procurer qu'une analyse sommaire de ce travail. Grâce à leur sérum leucolytique, les auteurs prétendent avoir obtenu une diminution très notable des globules blancs dans les cas de leucémie. Ces premiers résultats paraissent donc encourageants et viennent confirmer les idées que nous émettions dans notre communication.

Digitized by Google

nécessaire pour éclairer cette observation. A l'heure actuelle, avec un chiffre de 123,000 globules blancs, on ne peut conclure à une tuberculose.

Séance du 20 mars 1903.

Présidence de M. Forgue.

Etaient présents : MM. Carrieu, Estor, Guérin, Lagriffoul, Ardin-Delteil, Abadie, Moitessier, Maystre, Pagès.

Un cas d'appendicite avec cavité close

Par M. le Professeur Estor.

Observation. - B. M., 14 ans, entre le 10 mars 1903 dans le service de M. Estor.

Antécédents héréditaires — Mère : affection cardiaque ;

Père : mort à 33 ans ; une sœur bien portante a eu, il y a deux ans, une crise appendiculaire qui n'a pas été suivie d'autres crises.

Antécédents personnels. — Rougeole à 2 ans ; bonne santé habituelle.

Première crise le 5 mai 1902, caractérisée par douleur, vomissements, Durée : 8 à 10 jours.

Deuxième crise le 30 janvier 1903, caractérisée par des vomissements, de la douleur. Durée 12 jours (Pouls très fréquent).

Depuis la dernière crise elle souffre du ventre.

Etat actuel. — Douleur au point de Mac Burney. Pas de gonflement dans le flanc droit Pas de douleur appendiculaire.

Etat général bon.

Opération le 13 *mars* 1903.— Incision de Jalaguier. La recherche de l'appendice ne présente rien de particulier; il est adhérent au cæcum sur toute son étendue, mais ses adhérences ne sont point solides et on les rompt facilement avec la sonde cannelée.

L'appendice a 7 centimètres de long, il est congestionné et épais — on constate à l'union de son tiers inférieur avec ses deux tiers supérieurs une portion rétrécie ayant environ 1 centimètre de long. Le segment d'appendice compris entre le rétrécissement et le

Digitized by Google

cæcum n'a pas des dimensions beaucoup plus grandes qu'un appendice normal, mais le segment situé au delà de la portion rétrécie est beaucoup plus volumineux.

A la coupe, on constate d'une façon indiscutable que la lumière de l'appendice est complètement détruite sur toute la partie correspondante à l'étranglement, c'est-à-dire sur un espace d'un centimètre.

L'examen histologique sera fait. Pas de calcul.

Réflexions. — M. Estor a toujours recherché si la théorie de la cavité close était applicable aux cas d'appendicites qu'il avait l'occasion d'opérer. Jusqu'ici il avait toujours pu introduire un stylet dans la lumière de l'appendice, ce qui n'excluait pas d'ailleurs complètement l'existence d'une cavité close qui avait pu être constituée par une coudure de l'appendice. Il a eu une seule fois l'occasion de rencontrer un calcul. Dans le cas dont il vient de rapporter l'observation, l'oblitération de la lumière de l'appendice était patente : il y avait transformation de l'organe en un cordon plein, fibreux, sur une longueur d'un centimètre.

M. Forgue a vu plusieurs cas comparables à celui de M. Estor. Il a également trouvé assez souvent des calculs : on les rencontre surtout dans les formes nécrosantes et gangréneuses, où ils se présentent dans les foyers périappendiculaires.

Céphalématome du temporal

Par M. Pagès

J'ai observé dans le service de mon maître, M. le professeur-agrégé Puech, un cas de céphalématome que j'ai cru intéressant de vous communiquer à cause de la rareté de son siège.

M. A., âgée de 20 ans, entre dans le service le 31 janvier.

Ses antécédents héréditaires n'offrent rien de particulier ; mais cette femme est profondément lymphatique et scrofuleuse. Elle porte à la région cervico faciale et au poignet droit des chéloïdes exubérantes, très volumineuses, consécutives à une brûlure. Elle s'enrhume souvent l'hiver et présente un sommet suspect. Pas de traces de syphilis.

Cette femme ressent les premières douleurs le 23 février à 8 h. du soir et entre à la salle de travail le lendemain matin à 7 heures.

Digitized by Google

A ce moment, col effacé, dilatation : un franc, OIDI, mais sommet très mal fléchi ; la fontanelle antérieure occupe le centre de l'excavation.

La tête reste toute la matinée très mal fléchie au détroit supérieur et ne s'engage que vers une heure de l'après-midi.

A 3 h., la dilatation est complète et la tête se trouve sur le périnée en occipito-pubienne à 3 h. 20.

A 5 h., M. Puech trouve la tête dans cette même position.

Les contractions utérines sont rares et peu intenses. A 6 h. 20, les bruits du cœur de l'enfant devenant plus sourds et très ralentis, je fais une application de forceps régulière quant au bassin et que je crois régulière quant à la tête. Je dois exercer des tractions assez fortes et j'extrais un enfant de 3 k. 080, que mon forceps avait saisi de l'occiput au front : la tête avait donc dû revenir en transverse. Je mets 3 points de suture sur une déchirure du périnée. L'enfant porte une bosse séro-sanguine assez volumineuse, qui a disparu en trois jours.

Mais le troisième jour après la naissance, apparaît dans la région temporale gauche une tumeur ne présentant ni rougeur, ni douleur à la pression, irréductible, molle, fluctuante, ne gardant pas l'empreinte du doigt, par lequel elle se laisse déprimer, limitée par un bourrelet osseux très dur, qui suit exactement les limites du temporal. Cette tumeur atteint son maximum de développement le lendemain : son grand axe mesure 5 cm. et demi, son petit axe, 4 cm. et demi.

Le diagnostic n'offre pas de difficulté : la bosse séro-sanguine et l'encéphalocèle sont facilement éliminés. On pourrait penser à un de ces épanchements sanguins sous-aponévrotiques observés dans les accouchements laborieux qui se serait constitué sous l'aponévrose du muscle temporal et aurait, par suite, à peu près les mêmes limites que notre tumeur ; mais le bourrelet osseux périphérique est caractéristique : nous nous trouvons en présence d'un céphalématome à siège exceptionnel et nous observons la conduite indiquée en pareil cas : l'expectation.

Le céphalématome siège presque constamment à l'angle postéro-supérieur du pariétal. Cependant, on l'a signalé *tout à fait exceptionnellement*, dit Chipault dans le traité de Le Dentu et Delbet, sur le frontal, sur l'occipital au-dessus de l'inion, enfin, comme dans notre cas, sur le temporal. Cette dernière localisation a été signalée, disent les traités classiques, par Siebold et par Hœre.

Digitized by Google

La pathogénie du céphalématome a donné lieu à plusieurs théories : Michaëlis invoquait une altération non traumatique de la table externe de l'os ; — Pinard, le tiraillement par les cheveux ;— d'autres, l'altération de la crase sanguine, facteur dont le rôle est mis en évidence dans un travail de M. Reynès : — enfin la plupart des auteurs incriminent le traumatisme. Si cette dernière théorie n'est pas applicable à toutes les observations de céphalématome, il nous semble cependant que c'est à elle que se rattachent manifestement les cas comme le nôtre.

M. Guérin. — Dans la très intéressante observation que vient de nous rapporter M. Pagès, je me permettrai de relever deux points : la constatation d'une rotation rétrograde de la tête sur le périnée et le siège du céphalématome.

Cette tête fœtale avait été trouvée, au cours d'un toucher, en position occipito-pubienne, et lors de l'extraction, c'est en position droite transversale que le forceps la surprit. Il y avait donc eu une première rotation normale de l'occiput jusqu'au pubis et ensuite une seconde rotation rétrograde.

Les faits de ce genre sont assez rares et ne se rencontrent guère qu'avec de très petites têtes ou de très larges bassins, à moins que l'on n'ait affaire à l'un de ces cas exceptionnels où ce phénomène est causé par une disposition spéciale du cordon ombilical, accidentellement trop court par enroulement sur le fœtus.

Dans le cas rapporté par M. Pagès, aucune de ces causes ne peut être invoquée et la raison de cette anomalie nous échappe. Quant à sa conséquence immédiate, ce fut une prise de forceps occipito-frontale, l'instrument ayant été appliqué régulièrement quant au bassin.

Il est difficile d'affirmer que cette application détermina la production du céphalématome, mais le fait n'a rien d'impossible et nulle autre cause n'apparaît nettement.

Ce céphalématome est tout particulièrement intéressant par son siège. Tandis qu'on le rencontre habituellement sur le pariétal droit, assez souvent sur le pariétal gauche, quelquefois sur l'occipital, rarement sur le frontal, ce n'est que très exceptionnellement qu'on a noté sa présence sur le temporal. Les cas signalés dans la littérature médicale sont très peu nombreux, et si mes souvenirs sont exacts, on n'en connaît que quatre : ceux de Siebold et de Hœre, cités partout, et ceux de Michaëlis et de Martinenq que cite

Digitized by Google

Zabala y Hermoso. Le cas de notre collègue M. Pagès serait donc le cinquième dans la science.

Virchow niait la possibilité du céphalématome du temporal; car il ne croyait pas à la formation d'un semblable hématome dans les points où le périoste sert à des insertions musculaires et doit ainsi adhérer plus fortement aux os, tel est le cas de la fosse temporale.

Or, le cas de M. Pagès est une belle preuve du contraire ; ici le diagnostic n'est pas douteux, il s'agissait bien d'un céphalématome et non d'une collection sous-aponévrotique. Lorsque M. Pagès a bien voulu me le montrer, j'ai pu nettement constater le rebord caractéristique ; c'était d'ailleurs l'opinion du chef de service M. Puech.

En somme, il s'agit là d'une affection peu fréquente, et ce qui rend le cas plus curieux encore, c'est l'extrême rareté de sa localisation.

(*A suivre*).

THÉRAPEUTIQUE

Oxydases et ozonides du sang

Ces ferments solubles, producteurs et transporteurs d'oxygène et d'ozone, jouissent d'un pouvoir excitateur considérable. Ils existent dans tous les liquides de l'organisme, mais plus particulièrement dans le sang ; l'opothérapie leur doit une grande part de ses succès.

On peut extraire du sang, par des procédés spéciaux, une hémoglobine contenant, à l'état de concentration, toutes les oxydases et ozonides, ce qui explique l'influence bien connue de ce médicament quand il est soigneusement préparé, sur la reconstitution des hématies, le « coup de fouet », comme disait Constantin Paul, qu'il applique aux organismes débilités.

Dujardin-Beaumetz dit d'ailleurs dans ses leçons de clinique thérapeutique (tom. III, pag. 449, 6e édition) : « Parmi ces préparations, il en est une que vous me voyez employer avec un très grand succès dans mon service, c'est un sirop préparé par Deschiens et que nous dénommons sirop d'hémoglobine ; c'est, à mon sens, de toutes les préparations ferrugineuses employées, l'une des plus actives ».

Malheureusement, l'hémoglobine du commerce est presque toujours une matière inerte privée de ses ferments oxydants.

Le choix d'une marque sérieuse ayant fait ses preuves dans les hôpitaux a ici une importance capitale.

L'Éditeur-Gérant : P. DELORD-BOEHM.

Montpellier. — Imprimerie DELORD-BOEHM ET MARTIAL.

Digitized by Google

N° 17 26 AVRIL 1903. TOME XVI

MONTPELLIER MÉDICAL

Journal Hebdomadaire paraissant tous les Dimanches

Observation de grossesse tubo-utérine, interstitielle (2 mois 1/2). Avortement tubo-utérin.

(Recueillie par les Drs **Miquel** et **Lapeyre**, de Béziers.

Mme L..., de Béziers, âgée de 27 ans, n'a pas d'antécédents pathologiques. Elle a eu deux grossesses normales à terme ; les deux accouchements ont été laborieux : le premier enfant est mort pendant le travail, le second vit ; les suites de couches n'ont présenté aucun accident septique. Elle n'a jamais avorté, ni eu d'affection utérine. Elle a été toujours très régulièrement menstruée jusqu'à la fin octobre 1902.

Le 25 octobre 1902, les menstrues sont venues normalement ; elles ont duré cinq jours comme d'habitude ; elles ont cessé le 30 octobre. Pendant le mois de novembre la malade n'a rien éprouvé. Vers la fin novembre, des malaises avec sensation de faiblesse extrême sont survenus. Par moments, elle se sentait défaillir. Certain jour, son mari la trouva pâle, affaissée, en imminence de syncope. Ces malaises ont duré depuis.

Le 5 janvier 1903, en se promenant, elle a ressenti, pendant un quart d'heure environ, de violentes tranchées dans le bas-ventre, elle a presque perdu connaissance. Rentrée chez elle, elle a vu son pantalon et sa chemise souillés de

Digitized by Google

quelques taches de sang rouge. Cette perte et ces douleurs n'ont pas persisté. Chez elle, elle ne perdait déjà plus et ne souffrait plus.

Je fus appelé auprès de Mme L..., le 13 janvier 1903. Elle me dit qu'elle se croyait enceinte, mais que sa grossesse ne ressemblait, en aucune façon, à ses grossesses précédentes.

Tout d'abord je pensai à un avortement. Cependant mon attention fut attirée :

1° Par le volume anormal de la tumeur utérine non en rapport avec l'âge de la grossesse ; le fond de cette tumeur était perçu sous la paroi abdominale entre la symphyse pubienne et l'ombilic ;

2° Par sa consistance inégale, dure à gauche, plus molle à droite ;

3° Par un sillon que je sentis très nettement vers le fond de la tumeur utérine, un peu à droite de la ligne blanche.

Le col utérin était en partie ramolli.

Les culs-de-sac étaient complètement libres.

Il existait de la douleur au niveau des annexes du côté droit ; cette douleur était spontanée et aussi provoquée par la pression.

Je conseillai le repos absolu.

Le 14 janvier, nouvelles tranchées, nouvelle perte de sang moins abondante que le 5 janvier ; quelques gouttes seulement. Les tranchées n'ont duré que quelques instants.

Le 17 janvier, perte de quelques gouttes de sang sans phénomènes douloureux.

Le 24 janvier, le Dr Lapeyre fut appelé en consultation, et, dès ce jour, nous avons vu la malade ensemble.

Du 24 au 30 janvier la malade a éliminé, par son vagin, des débris très nombreux à aspect membraneux ; les uns étaient très ténus, les autres plus volumineux ; certains avaient 2 ou 3 centimètres carrés, d'autres avaient 7 à 8 centimètres de longueur sur 2 à 3 centimètres de largeur.

Digitized by Google

Le vagin étant absolument sain, ces débris membraneux ne pouvaient provenir que de l'utérus.

Devant cette expulsion de débris provenant de l'utérus, devant le volume exagéré de l'utérus, nous avons cru, avec le Dr Lapeyre, qu'un cathétérisme utérin pourrait nous être de quelque utilité pour la diagnose.

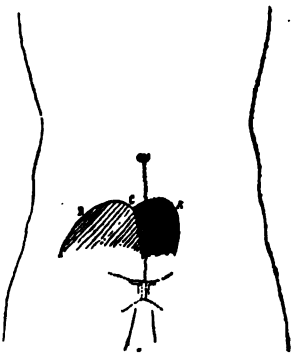
Le 25 janvier, nous introduisîmes une tige de laminaire dans l'utérus avec la plus grande facilité. Après l'introduction de la laminaire, des douleurs utérines très violentes, qui existaient depuis la veille, se calmèrent.

Le 26 janvier, nous avons mesuré la cavité utérine, qui était de plus de 9 centimètres.

Un fait nouveau, que nous prévoyons déjà, nous a été révélé : *la vacuité complète de l'utérus.*

Du 26 janvier au 3 février, la malade n'a plus ressenti aucune douleur.

La mensuration de la symphyse au fond de la tumeur était de 13 centimètres.



A. Partie de la tumeur plus dure
C. Sillon à droite de la ligne blanche.
B. Partie de la tumeur plus molle.

Depuis le 25 janvier, la tumeur paraît s'être étalée, surtout à droite. On sent toujours à sa partie supérieure, et un peu à droite de la ligne blanche, un sillon ; ce sillon est très

Digitized by Google

net et se perçoit très bien ; au-dessous de ce sillon on ne sent plus qu'une seule et unique tumeur. La partie à droite du sillon a une consistance plus molle que la partie située à gauche, qui est plus dure.

Aucun ballottement n'a jamais été perçu.

Aucun bruit de souffle non plus.

Le col est toujours ramolli.

Les culs-de-sac sont entièrement libres.

Par le palper et le toucher combinés on sent que les mouvements imprimés à travers la paroi abdominale à droite et à gauche du sillon sont communiqués au col ; toutefois ils m'ont paru moins nettement communiqués à droite qu'à gauche.

Par le toucher rectal on sent la tumeur qui fait saillie du côté du rectum.

Pendant toute cette période jusqu'au 3 février, l'état général de la malade est resté bon ; à aucun moment le thermomètre ne nous a révélé de la température ; le pouls est resté normal.

Le 31 janvier, le docteur Lapeyre, le docteur Bermon, de Cette, et moi-même avons porté, en présence du docteur Sabatier notre distingué doyen, le diagnostic de grossesse ectopique : la grossesse siégant dans la partie de la trompe la plus proche de l'utérus ; le docteur Sabatier ne partagea pas notre manière de voir et nous dit que nous nous trouvions en présence d'un fibrome utérin ou d'une métrite parenchymateuse provoquée par un avortement passé inaperçu. Nous ne pûmes admettre le diagnostic de fibrome, nous avions une tumeur qui n'était pas dure, nous n'avions pas observé d'hémorragies, les règles étaient supprimées. Nous n'admîmes pas davantage le diagnostic de métrite parenchymateuse survenue à la suite d'un avortement qui aurait eu lieu le 5 janvier ; une interruption de grossesse ne se produit pas sans éveiller l'attention.

Digitized by Google

Les divers symptômes observés :

a) Signes de grossesse ;

b) Tumeur juxta-utérine, séparée en haut de l'utérus par un sillon ; faisant ensuite corps avec l'utérus ;

c) Expulsion de débris membraneux ;

d) Vacuité de l'utérus (qui est augmenté de volume) ;

e) Liberté complète des culs-de-sac,

nous firent éliminer toutes les affections de la région péri-utérine et la possibilité d'un utérus bilobé. Par exclusion nous sommes arrivés au diagnostic de grossesse tubaire.

Le diagnostic établi : devant le danger que courait notre malade ; devant les accidents brusques et graves, auxquels elle était exposée, nous avons cru qu'une laparotomie s'imposait. Un diagnostic incertain aurait même légitimé l'intervention. L'attente, comme le conseillait le docteur Sabatier, aurait été imprudente, nous ne devions pas par l'expectation exposer notre malade à la rupture de son kyste fœtal. Notre diagnostic nous obligeait à intervenir et nous ne pouvions prévoir et espérer que l'avortement utérin (assez fréquent dans les grossesses interstitielles) se produisit.

Le docteur Rome, qui examina la malade le 3 février, partagea notre manière de voir.

Le 3 février, vers 5 heures du soir, la malade ressentit pendant une demi-heure environ un violent frisson, la température s'éleva à 39°,5 le pouls battit à 125.

Dans la nuit qui suivit, elle ressentit des tranchées très violentes, et vers 4 heures du matin, nous assistâmes à un avortement ayant tous les caractères d'un avortement utérin. Un œuf de 2 mois 1/2 environ fut expulsé.

Le placenta était déchiqueté et étalé.

Deux jours après, un nouveau fragment placentaire fut chassé.

La température revint rapidement à la normale. Les suites furent favorables et Madame L.... se rétablit.

Digitized by Google

Après l'avortement je n'ai plus senti par le palper abdominal de sillon au fond de l'utérus ; mais j'ai nettement perçu à droite de l'utérus, au niveau de la trompe, un empâtement qui ne se percevait pas à gauche.

Telle est l'observation complète que nous avons recueillie. Nous sommes convaincus que si la grossesse avait été intra-utérine.

1° Nous n'aurions pas introduit une tige de laminaire et fait un cathétérisme utérin sans provoquer des contractions utérines immédiates.

La dilatation à la laminaire a été faite le 25 janvier, elle n'a déterminé aucune contraction, et c'est seulement *9 jours après*, le 3 février, que l'avortement a eu lieu.

2° Nous n'aurions pas assisté du 24 au 30 janvier à l'expulsion de débris membraneux qui ne pouvaient être que de la caduque utérine.

L'avortement tubaire par l'orifice utérin qui s'est produit n'a fait que confirmer notre diagnostic.

La rareté des grossesses ectopiques, la difficulté de leur diagnostic, la terminaison heureuse et spontanée de cette grossesse interstitielle, justifient la publication de cette observation.

DE LA

DILATATION MANUELLE DU COL UTÉRIN

Par le Dr **GUÉRIN-VALMALE**
Ancien chef de clinique d'accouchement à la Faculté

(*Suite et fin.* — Voir n° 16, pag. 401).

Technique opératoire — Dès l'abord une division s'impose entre les *procédés unimanuels*, où l'accoucheur opère tantôt avec la main droite, tantôt avec la gauche, mais tou-

Digitized by Google

jours avec une seule main à la fois, et les *procédés bimanuels*, où les deux mains agissent sur le col simultanément.

Procédés unimanuels. — Si nous nous en rapportons aux extraits cités plus haut, il semble, dit Bonnaire, que la technique des Anciens ait consisté dans l'emploi d'une seule main agissant sur le col utérin, l'autre main, sans doute, travaillant à maintenir le fond de l'utérus.

Dans ce *procédé des Anciens*, l'index seul d'abord, puis l'index associé au médius, une fois introduits dans le col, le reste de la main disposé en cône, pénétrait peu à peu, en exerçant de petits mouvements de rotation, jusqu'à ce que la couronne des articulations métacarpo-phalangiennes eut franchi l'orifice interne ; ou encore l'accoucheur insinuait peu à peu dans le col, l'un après l'autre, l'index, le médius et l'annulaire, puis il glissait son pouce et son petit doigt à la faveur des trois autres ; « et avec iceux il formait une sorte de *speculum matricis* en les écartant doucement les uns des autres. » Il arrivait ainsi rapidement à pouvoir introduire toute la main dans l'utérus.

Avec de légères modifications de détail, ce procédé fut celui de tous les accoucheurs jusqu'à la période moderne. Rizzoli et ses imitateurs n'en connaissaient pas d'autres. Il était d'une grande simplicité, mais il avait le grave inconvénient de ne donner qu'une dilatation très incomplète ; suffisante, il est vrai, pour glisser la main dans l'utérus et pratiquer l'accouchement forcé, elle est absolument insuffisante pour les accoucheurs modernes qui veulent une dilatation complète avant tout essai d'extraction. La circonférence maxima d'une main en fuseau varie en général de 23 à 25 centimètres ; nous sommes donc bien loin des 33 à 34 centimètres que mesure la circonférence de la tête fœtale fléchie, lors de son passage au col. Tel quel, ce procédé est donc insuffisant, c'est pour le rendre satisfaisant que plusieurs auteurs l'ont com-

Digitized by Google

plété par une manœuvre subséquente destinée à parfaire la dilatation.

Procédé de Tarnier. — Ainsi naquit le procédé qu'employa Tarnier en 1892, chez une tuberculeuse agonisante qu'il accouchait artificiellement.

« En explorant le moignon cervical non effacé et encore fermé, il est frappé de la facilité avec laquelle il pénètre dans l'utérus et fait céder sous la pression les parois du canal cervical. A côté de l'index, il glisse un second doigt dans le col ; après avoir exercé quelques massages excentriques, il en introduit un troisième. Au bout de quelques instants, le quatrième doigt pénètre sans effort dans l'utérus ; enfin la main entière, disposée en cône et continuant à exercer de lents et continus mouvements de divulsion, franchit l'orifice interne de l'utérus. *En écartant alors les doigts, M. Tarnier amène le pourtour du col au contact avec les parois pelviennes*[1]. »

Dans cette manœuvre, comme le fait remarquer Fieux, à mesure que la partie large de la main passe le cercle cervical, le faisceau digital s'épanouit au-dessous de la tête fœtale, qu'il embrasse en la déplaçant le moins possible. Ce faisceau digital épanoui représente une sorte de tronc de cône à cinq branches ; il est disposé comme un parapluie à cinq baleines, introduit fermé, la pointe en bas et que l'on ouvrirait, après son passage, au-dessus de l'orifice.

Ce procédé, employé avec succès par Tarnier, le fut aussi par Ribemont-Dessaignes, par Fieux et par bon nombre d'autres accoucheurs. Il faut lui reconnaître le mérite d'une très grande simplicité, mais est-il toujours applicable, et atteint-il parfaitement le but désiré, la dilatation complète ?

Il est évident que, dans quelques cas où le col sera très ramolli, les tissus très souples, on pourra comme Tarnier obtenir facilement une dilatation complète, mais il faut bien

[1] *Archives de Tocologie et de Gynécologie*. 1892.

Digitized by Google

savoir qu'il s'agit là de cas rares, nous pourrions presque dire exceptionnels. Dans la très grande majorité des cas, surtout chez les primipares et dans les accouchements prématurés, les tissus seront trop résistants, le col trop rigide et les muscles *extenseurs* des doigts seront fatigués avant que la dilatation complète ait été obtenue. Telle est la raison de nombreux échecs de ce procédé. Mais il reste évidemment recommandable dans les cas où le col est très facilement dilatable et en particulier chez les agonisantes.

Procédé de Marx. — Plus puissant est le procédé que Marx fit connaître en 1894 [1]. «L'orifice admet d'abord un, puis deux doigts, et enfin, peu à peu, la main en fuseau peut être introduite au-dessus de l'orifice La main est alors fermée, puis retirée avec douceur. On comprend, si elle était retirée brusquement, avec quelle facilité on pourrait provoquer une déchirure de l'utérus. La main fermée agit de la même façon que le ballon de Tarnier qui, introduit vide dans l'utérus, est ensuite gonflé et est expulsé progressivement.

» Après avoir retiré le poing à travers l'orifice, celui-ci offre alors une dilatation d'un diamètre de 10 centimètres, ce qui est bien suffisant pour le passage d'un enfant ordinaire. Puis on rompt les membranes et on termine l'accouchement. »

Ce procédé a été utilisé par Fieux, qui n'en paraît que médiocrement satisfait. J'en ai moi-même usé à trois reprises, mais je n'en ai pas retiré tous les avantages auxquels je m'attendais d'après la description de son auteur.

Celui-ci déclare, en effet, qu'après l'extraction du poing fermé la dilatation est de 10 centimètres. Cette affirmation ne peut que nous donner une haute idée du volume d'un poing américain, mais en France elle est bien rarement

[1] Marx : *Accouchement forcé. Medical Record*, New-Yorck, juillet 1894.

Digitized by Google

exacte, car, à ce que j'ai vu autour de moi, la plus grande circonférence d'un poing fermé de moyen volume varie de 26 à 28 centimètres. Or, la circonférence que présente au passage du col une tête fœtale même bien fléchie est d'environ 33 à 34 centimètres. La dilatation obtenue par ce procédé est donc incomplète et l'extraction qui suivra sera nécessairement une extraction forcée. Si l'orifice utérin est encore très dilatable, cette insuffisance de dilatation pourra n'avoir aucune conséquence fâcheuse, surtout dans les extractions tête première ; mais si les tissus résistent il peut en résulter des dommages pour la mère (déchirures utérines) et pour l'enfant (compression cérébrale circulaire et mort). Enfin dans les extractions tête dernière, celle-ci peut être retenue un instant par le col insuffisamment dilaté et cet arrêt est capable de causer facilement la mort de l'enfant.

Le procédé de Marx est encore passible de quelques autres reproches. C'est ainsi que, pour le pratiquer, la main droite doit évoluer et fermer le poing dans le segment inférieur de l'utérus, ce qui ne saurait être sans inconvénient. Dans les présentations céphaliques mobiles, la tête sera refoulée par la main de l'opérateur. Dans les cas de présentations fortement engagées et fixées la manœuvre sera impossible.

Enfin, si ce procédé puissant de dilatation est exécuté brutalement pendant le temps d'accouchement du poing fermé, il y a là un véritable danger de rupture que l'on ne saurait passer sous silence et que Marx lui-même a signalé.

Ajoutons cependant que cette méthode nous paraît devoir donner d'excellents résultats avec des cols moyennement résistants si on l'applique avec douceur dans les accouchements prématurés jusqu'au début du huitième mois, car la tête fœtale est alors assez petite pour passer sans difficulté dans un col ainsi dilaté.

Avec les trois procédés déjà décrits, nous avons toujours

Digitized by Google

admis qu'il était assez facile de faire pénétrer, dans l'utérus, le fuseau formé par la main. Or, dans certains cas où le travail est tout à fait au début, ou même n'est pas commencé, l'attaque du col est vraiment difficile et l'introduction de la main en cône est, parfois, absolument impossible.

Procédé de Harris. — En 1894, Harris, chef de service à l'Hôpital Paterson de New-Jersey [1], publiait un procédé de dilatation unimanuelle assez différent de ceux que nous avons déjà indiqués et qui lui avait donné toute satisfaction.

« La condition indispensable de son exécution, c'est qu'on puisse introduire l'index jusqu'à son plus large diamètre.

» L'index introduit, si l'on retire le doigt de manière que la dernière phalange seulement soit à l'entrée du col, on pourra généralement introduire le pouce à côté de l'index.

» Quand les extrémités de l'index et du pouce seront placées dans l'anneau et le second doigt fortement recourbé (le col restant dans une position latéro-dorsale), nous n'avons qu'à garder l'index et le second doigt mis l'un contre l'autre pour former une sorte d'encoche d'où l'anneau formé par le col utérin ne pourra sortir facilement. Pour faciliter ma description, je désignerai cette manœuvre sous le nom de *première position manuelle* ou, pour être plus correct, *première position digitale de dilatation.*

» Le pouce qui repose le long de l'index se trouve alors porté en avant aussi loin que le permet la largeur du col. Une dilatation considérable peut être ainsi obtenue en continuant ce mouvement du pouce. Mais nous obtenons une dilatation bien plus grande et bien moins fatigante si nous accomplissons le mouvement en fléchissant ensemble l'index et le deuxième doigt. Ensuite, quand nous avons gagné un

[1] Harris ; *Bull. de la Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, décembre 1894.

Digitized by Google

peu de chemin, nous glissons légèrement l'index et le deuxième doigt, ce qui permet au pouce d'avancer ; puis, arrivé à ce résultat, nous replaçons le pouce contre l'index. Dans cette position, nous avons toujours un point d'appui et les flexions de l'index et du deuxième doigt continuent la dilatation.

» Au bout de quelque temps, nous étendons de nouveau les doigts, ce qui permet au pouce de se porter toujours en avant vers l'articulation métacarpo-phalangienne. Puis, le maintenant fortement sur l'index, nous renouvelons la flexion à l'aide de l'index et du second doigt.

» Si les flexions ont été faites d'une façon régulière, nous devons être capables de passer alors le pouce, l'index et le deuxième doigt. C'est ce que j'appellerai la *deuxième position*.

» Pendant toute cette période, la position du premier doigt, par rapport au pouce, n'a pas changé. Le col, qui entoure le pouce et les deux premiers doigts repose sur la face dorsale du troisième doigt, comme il reposait sur celle du deuxième dans la première position.

» La force qu'on possède pour élargir provient de l'immobilité du pouce sur le premier doigt, tandis que la pression est obtenue en courbant l'index, le second et le troisième doigt, de la manière décrite plus haut. Au bout de peu de temps, la dilatation est suffisante pour laisser passage au troisième doigt.

» C'est ce que j'appellerai la *troisième position*. Le col, toujours suspendu au-dessus du pouce, a maintenant son point de pression entre le troisième doigt et la face latéro-dorsale du quatrième doigt, nous continuons les flexions avec tous les doigts et nous continuons à abaisser, en étendant les doigts et le pouce, vers l'articulation métacarpo-phalangienne. Bientôt nous pourrons introduire le pouce et les quatre doigts et nous arriverons à la *quatrième position*.

Digitized by Google

» Ici encore, la dilatation s'obtient par la flexion des doigts quoique l'index et le second doigt soient plus courbés que le troisième et le quatrième.

» La limite de la dilatation dans la quatrième position est environ de 23 centimètres de circonférence, pour une main ordinaire. L'extrême limite de la dilatation facile, dans la quatrième position, ne dépassera pas cette mesure, ce qui est à peine suffisant pour entrer la main entière. Il faut donc avoir recours à la *cinquième position*, dans laquelle le col entoure les premières phalanges des doigts et la seconde ou dernière phalange du pouce.

» Le mouvement que réclame cette position est l'extension du pouce et de tous les doigts ; en même temps il faut recourber les doigts pour diminuer leur empiétement sur la paroi intra-utérine. Une manœuvre moins fatigante et peut-être plus efficace est la *sixième et dernière position*. Il s'agit de forcer le col à entourer les os de la seconde phalange et de la première phalange du pouce.

» Dans ces deux dernières positions, le cercle de dilatation dépassera la mesure de la main d'au moins 7 centimètres. Ceci naturellement constitue une ouverture plus grande que celle nécessaire à l'introduction de la main dans l'utérus.

» Pendant toutes ces manipulations la main repose sur le vagin et si doucement que, si le travail est bien fait, les spectateurs ne peuvent apercevoir les mouvements du poignet dans la vulve. On n'a besoin ni de tirer ni de pousser sur le col.

» Il est dilaté *in situ*, tandis que l'empiètement à l'intérieur de l'utérus est réduit au minimum, en recourbant l'extrémité des doigts dans toutes les positions. Toute main peut supporter la fatigue de cette manœuvre si la dilatation est possible. »

De cette description assez longue et quelque peu confuse,

Digitized by Google

il résulte que le procédé de Harris n'est pas sans originalité dans le début de son exécution. Le moyen indiqué pour l'attaque d'un col à peine ouvert mérite quelque attention et nous paraît capable de rendre service dans quelques cas. Mais ce procédé ne conduit qu'à une dilatation de 23 centimètres, juste suffisante au passage de la main. Et pour le compléter son auteur a dû emprunter à Tarnier ce qui constitue le point spécial de son procédé, c'est-à-dire l'écartement avec extension des doigts.

De telle sorte que, comme l'a très bien remarqué Fieux, si le procédé de Harris est original quant au début, il retombe bientôt dans un de ceux déjà connus : celui de Tarnier.

Telle est la série des procédés unimanuels de dilatation artificielle que mentionnent les divers auteurs ; pour la compléter, rappelons le *procédé de Puzos*, que nous avons déjà cité dans notre historique. Il consistait en un véritable massage excentrique du col tout autour et au-dessous de la présentation pendant le travail, et nous devons avouer que, si l'idée qui fut son point de départ était excellente, le moyen d'exécution laissait beaucoup à désirer et ne mérite pas de nous arrêter plus longtemps.

Ces procédés unimanuels, à côté de quelques avantages apparents, ont de graves défauts ; il ne sont applicables qu'à des cols très facilement dilatables (Tarnier), ou ils ne donnent qu'une dilatation absolument insuffisante (procédé des Anciens, de Marx, de Harris). Ces deux graves inconvénients les rendent à peu près inapplicables dans un grand nombre de cas, aussi s'est-on adressé à des moyens plus largement dilatateurs.

Procédés bimanuels. — A propos du *placenta prævia*, Bonnaire, en 1897 [1], publiait un procédé de dilatation artificielle où il employait simultanément les deux mains.

[1] Bonnaire : *Presse médicale*, 14 août 1897.

Digitized by Google

Procédé de Bonnaire. — « La femme est anesthésiée profondément et disposée en position obstétricale, les cuisses fléchies au maximum. Dans la grossesse, lorsque le col est fermé à ses deux orifices — condition exceptionnelle dans les cas de *placenta prævia* — on présente la pulpe de l'index à l'orifice externe et on imprime au doigt un mouvement de vrille. Ce premier obstacle franchi, on aborde l'orifice interne et on le fait céder de la même manière. Dès qu'elle a pénétré dans l'orifice interne, l'extrémité digitale déprime en tous sens le pourtour, par un véritable massage excentrique; on prend soin, dès le début de la manœuvre, de pénétrer le moins possible dans la capsule du segment inférieur pour éviter de décoller les cotylédons du *placenta prævia*.

» Peu à peu les mouvements de l'index deviennent plus aisés, et en un temps variable, selon qu'il s'agit d'une primipare ou d'une multipare, une place suffisante est faite pour l'introduction du second doigt.

» On glisse alors l'index gauche à côté du droit, en ayant soin d'adosser les deux doigts sur toute l'étendue. Si le col est court et mieux encore s'il est en voie de dilatation, la mise en place des deux index sur l'orifice interne est des plus faciles. S'il a, au contraire, conservé toute sa longueur, et si en même temps il est haut situé en raison du défaut d'engagement du fœtus, une petite manœuvre complémentaire est indispensable pour amener les deux pulpes jusqu'à l'orifice interne ; on fait abaisser le globe utérin par un aide; on introduit les deux index dans le col aussi profondément que possible ; on prend appui sur les parois cervicales en les distendant en travers, et, en même temps, on les entraîne par en bas.

» L'une après l'autre les deux pulpes digitales glissent par une sorte de reptation, à la rencontre de l'orifice interne, à mesure que celui-ci est attiré vers elles, et elles finissent par prendre sur lui une assise assez solide.

Digitized by Google

» Dès lors, ces deux doigts vont jouer le rôle d'une pince dont on écarterait les mors et dont le pivot répondrait aux articulations métacarpo-phalangiennes adossées l'une à l'autre. La force est exclusivement déployée par les fléchisseurs des doigts ; les lèvres du col, déprimées en des points diamétralement opposés, prennent la forme d'une boutonnière. On déplace les doigts en différentes directions, de façon à masser et distendre les parois du col en tous sens. La pression digitale doit être lente, soutenue et sans à-coups ; elle doit être progressive autant que le permettent la vigueur de l'opérateur et la résistance des tissus ; c'est bien plutôt par la continuité de l'effort que par son énergie qu'on arrive à faire céder le sphincter cervical ; on doit le fatiguer et non pas le violenter. Au cas où la pulpe des doigts perçoit de petits craquements dans l'intimité des tissus, ce qui indique la rupture de quelques fibres musculaires, il convient de modérer légèrement l'effort et de changer ses points d'application.

» L'orifice s'élargissant, bientôt le médius peut prendre place à côté de l'index de la main droite ; les trois doigts, adossés deux à un, continuent le même travail jusqu'à ce que le médius de la main gauche puisse pénétrer à son tour. Le col est distendu dès lors par quatre doigts, appuyant deux à droite, deux à gauche ; le déploiement de force devient plus considérable et en même temps moins fatigant. On continue ainsi jusqu'à ce que l'auriculaire de l'une puis de l'autre main puissent être introduits à côté des autres doigts. A partir de ce moment, les deux mains ont une prise assez solide sur le col pour en achever la dilatation ; toujours adossées par les articulations métacarpo-phalangiennes, elles écartent les lèvres du col en agissant successivement dans la direction des divers diamètres du bassin. Dès que les doigts peuvent les amener simultanément en contact avec les parois opposées du bassin, la dilatation est aussi complète que possible ».

Digitized by Google

Mortagne [1] ajoute que Bonnaire coupe son intervention par des pauses, sans retirer les doigts du col. Ces instants de repos n'ont pas seulement pour but et pour effet de ménager les forces de l'accoucheur, mais bien de laisser reposer l'utérus lui-même en se rapprochant ainsi autant que possible du travail physiologique dans lequel les douleurs sont réparées par des intermittences.

De toutes les dilatations manuelles, c'est celle de Bonnaire qui réunit aujourd'hui à bon droit la majorité des suffrages. Elle jouit, en effet, de nombreux avantages.

Et d'abord elle est applicable à toutes espèces de cols, rigides ou souples, proportionnant l'effort à la résistance des tissus.

Elle est éminemment puissante et « permet de déployer une force considérable sans se départir de la plus grande douceur. »

Agissant sur le col avec la pulpe des doigts, elle fait percevoir mieux que toute autre la résistance et les modifications des tissus et permet de reconnaître le moindre début de déchirure.

Elle ne modifie en rien, ni ne repousse la présentation fœtale.

Enfin, et c'est Fieux lui-même qui le déclare : « un avantage qu'on ne peut lui contester, c'est de pousser la dilatation plus loin que ne peut le faire une seule main, lorsque le col est tant soit peu résistant, et ceci avec une rapidité qui peut répondre à l'urgence du plus grand nombre de cas ».

A ce procédé l'on n'a fait que des critiques de détail, c'est ainsi que Schwab, que Fieux n'ont pu atteindre l'orifice interne du col avec les deux index dans quelques cas où il était très élevé ; enfin, parfois le col était tellement résistant que les mains n'ont pu en venir à bout.

[1] MORTAGNE : De l'accouchement méthodiquement rapide. — *Th de Paris*, 1897, p. 81.

Digitized by Google

Dans le premier cas il est facile de commencer la dilatation par un procédé unimanuel, quitte à continuer avec celui de Bonnaire. C'est ainsi que Schwab résolut la difficulté.

Dans le second il existe une véritable contre-indication à la dilatation manuelle, et celle-ci doit céder la place à la dilatation par les ballons, qui dans un temps beaucoup plus long aura des chances d'aboutir.

Personnellement, j'ai aussi un léger reproche à faire à la technique de Bonnaire et j'ose espérer que son auteur ne m'en voudra pas de l'exposer ici. Je crois que la position de pronation forcée, nécessitée par l'adossement parfait des deux mains, détermine assez rapidement la fatigue de l'opérateur et qu'il faut une vigueur au-dessus de la moyenne pour soutenir un effort dans cette position gênante pendant le temps nécessaire à la dilatation.

J'avoue que, me trouvant un jour dans la nécessité de faire une dilatation manuelle et souffrant d'autre part d'une violente contusion de l'épaule droite, il me fut impossible de mettre mon bras droit dans la position d'abduction et de pronation forcée que réclamait la manœuvre de Bonnaire pour l'adossement des mains. C'est ainsi que je fus conduit à imaginer et employer une position qui n'est qu'une simple variante de celle de Bonnaire et qui, moins fatigante, me permit de terminer la dilatation sans difficulté.

Variante au procédé de Bonnaire. — L'introduction des doigts dans le col se fait comme il est décrit plus haut, mais au lieu d'adosser mes mains dans une attitude de pronation forcée : la main droite restant à droite et agissant sur le côté gauche du col ; la main gauche, à gauche, agissant sur le côté droit de l'orifice utérin ; je croise au contraire mes poignets, le gauche sur le droit, à l'inverse des branches d'un forceps croisé, de telle sorte que ma *main droite* agit par sa face palmaire, sur le *bord droit du col* tandis que ma *main gauche* refoule le *bord gauche*. Mes mains restent ainsi dans une attitude toute

Digitized by Google

naturelle, intermédiaire à la pronation et à la supination, et la gêne assez faible résultant du croisement des poignets et de leur inflexion n'est pas comparable à celle que détermine la position des bras en pronation forcée. Les mains ainsi placées appuient bien l'une contre l'autre par leur face dorsale et manœuvrent comme dans la description typique de Bonnaire.

Avec cette légère modification que j'ai l'habitude d'y apporter[1] et que je me permets de conseiller vivement, la dilatation bimanuelle de Bonnaire m'a donné à plusieurs reprises les meilleurs résultats. Elle est assez puissante, rapide et exempte de dangers, et l'on peut être assuré que, si la dilatation manuelle jouit aujourd'hui d'un regain de faveur, c'est à la méthode bimanuelle de Bonnaire qu'il est dû et c'est uniquement par elle que cette intervention est appelée dans l'avenir à une plus grande extension.

[1] J'avais usé plusieurs fois de cette méthode, et cet article était déjà écrit, lorsque j'ai appris par une lettre du professeur Treub, d'Amsterdam, à un de mes Elèves à propos de sa thèse, qu'une modification analogue avait été adoptée par un assistant du Maître hollandais, et dernièrement encore Maury, élève de Bonnaire, dans sa thèse sur le traitement de l'éclampsie (Paris 1903), déclare ; « Un détail de technique préconisé par Treub permet de soutenir longtemps l'effort des doigts sans se fatiguer. Il consiste à croiser les mains en les adossant par leur face dorsale. Cette modification est excellente ». Sans nous connaître, nous avions eu la même idée, j'en suis très honoré et tout heureux, et je dois reconnaître qu'à mon insu, le professeur Treub l'avait publiée avant moi.

Digitized by Google

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

Séance du 20 mars 1903

(SUITE).

Céphalématome double bipariétal

Par M. GUÉRIN-VALMALE.

Puisqu'il est aujourd'hui question du céphalématome, je demanderai qu'il me soit permis de communiquer une observation de ce genre qui présente aussi un point assez curieux.

Mme C..., âgée de 26 ans, habite Montpellier. Antécédents héréditaires nuls; sa mère. encore bien portante, eut successivement 13 enfants tous en bonne santé; son père est mort tout récemment d'une attaque d'apoplexie.

Elle-même, réglée à 12 ans, mariée à 23, devint *enceinte une première fois* 5 mois après; grossesse normale, accouchement rapide, à terme, en présentation du sommet, d'une fille de poids un peu au-dessous de la normale, qui resta absolument cyanosée, et mourut au bout de 18 heures. On parla alors d'une maladie de cœur (maladie bleue?).

Une *seconde grossesse* débuta dix mois après, normale aussi, elle se termina de même, très simplement, par la naissance à terme, en demi-heure, d'un petit garçon en présentation du sommet. Celui-ci garda toujours une couleur bleue et mourut à l'âge de quelques mois.

En ce qui concerne la *grossesse actuelle*, les dernières règles eurent lieu du 3 au 6 octobre. Dès le troisième mois, la gestante fut soumise à un traitement par l'iodure de sodium, le biphosphate de chaux et le cacodylate de soude. Elle absorbait en outre un litre de lait par jour et prenait quelques injections vaginales, étant atteinte de leucorrhée abondante.

Au cours de cette grossesse, qui se passa très simplement, nous n'avons à signaler qu'une atteinte assez violente de lymphangit

Digitized by Google

mammaire vers la fin du septième mois ; elle céda rapidement au traitement ordinaire par les compresses au sublimé.

Le 22 août, le fœtus étant en présentation du sommet OIGA, l'accouchement se fit très normalement en six heures.

L'enfant était un très beau petit garçon de 3820 grammes qui cria aussitôt né et prit le sein quelques heures après. Il était très bien constitué, d'un assez fort volume, et sa tête n'offrait qu'une seule particularité, une largeur un peu anormale des sutures et des fontanelles, témoignant ainsi d'une ossification un peu insuffisante des os du crâne, et déterminant une mollesse un peu anormale quoique non excessive de la tête. Bosses séro-sanguines peu marquées.

Le 24 août à mon arrivée, on me montre l'enfant en me disant que depuis la veille au soir il présente sur la tête deux petites grosseurs qui paraissent augmenter peu à peu. Je reconnus sans peine qu'il s'agissait d'un *double céphalématome*. Ces deux tumeurs n'atteignirent leur volume maximum que le lendemain 25 août.

Elles étaient parfaitement symétriques, chacune d'elles siégeait sur la partie postéro-supérieure du pariétal. Elle était nettement réniforme, son extrémité supérieure atteignait la suture sagittale, tandis que son extrémité inférieure descendait à un travers de doigt environ au-dessous de la bosse pariétale. Le bord postérieur était convexe tandis que le bord antérieur, concave, embrassait la région de la bosse pariétale. Celle-ci, comme il est de règle, n'était donc pas couverte par l'hématome. Chaque hématome avait au moins le volume d'une moitié d'un gros œuf de dinde ; celui du côté droit était un peu plus développé que le gauche.

Ces deux tumeurs plantées sur la partie postéro-supérieure du crâne donnaient à l'enfant, vu de face, au grand désespoir de sa famille, cette physionomie bizarre que les auteurs qualifient de crâne natiforme.

L'évolution des deux céphalématomes fut absolument banale, le bourrelet osseux parut rapidement, et sans traitement aucun, en moins de deux mois, tout avait disparu.

S'il est vrai que le céphalématome simple se rencontre environ une fois sur 250 à 300 accouchements, le céphalématome double est beaucoup plus rare. Les statistiques de Burchard, de Seux et de Valleix ne donnent sur 85 cas que 9 exemples de lésions doubles, et la statistique récente de Bioche (1900, faite à la Clinique Baudelocque et portant sur plus de 20 000 accouchements, compte seulement 6 doubles sur 105 cas. Des recherches auxquelles je me suis livré

Digitized by Google

il résulte qu'un plus grand nombre de cas ont été publiés, j'en ai pu réunir 30. Ce sont : 4 cas de Burchard, 4 de Seux, 1 de Valleix, 1 de Lebreton, 1 de Simpson, 1 d'Abegg, 1 de Ruge, 1 de Lefour, 1 de Gibb, 1 de Hamon, 1 de Perret, 6 de Bioche, 1 de Zalackas, 2 de Queirel, 1 de Merttens, 1 de Wheaton, 1 de Lepage et celui dont je viens d'avoir l'honneur de vous rapporter l'observation.

Le céphalématome double siège généralement à l'angle postéro-inférieur des deux pariétaux, parfois sur un pariétal et sur l'occipital. Sa pathogénie est assez obscure : deux influences sont seules bien évidentes : l'ossification insuffisante des os et le traumatisme; plus encore que dans le céphalématome simple, le défaut d'ossification semble jouer un rôle prédominant. C'est le cas de l'observation qui vient d'être rapportée.

Il n'y a pas eu ici de traumatisme violent ; le travail fut normal, dans un bassin normal, rien n'expliquerait la lésion. Mais l'ossification était incomplète ainsi qu'en témoignait la largeur des sutures et des fontanelles. Lorsque la tête, poussée par les contractions utérines, est venue butter sur le périnée, prise entre cette résistance et la force utérine, elle s'est épatée sur le plancher pelvien. Dans l'état habituel de flexion de tête au périnée, c'est la région du sinciput qui porte, c'est donc l'angle postéro-supérieur des pariétaux qui a subi l'écrasement, d'où écartement des travées osseuses qui divergent des bosses pariétales vers la périphérie, rupture des vaisseaux et constitution des hématomes.

Dans bien des cas, nous semble-t-il, c'est par ce mécanisme d'écrasement que se produit le céphalématome sans qu'on ait besoin de faire intervenir un tiraillement quelconque sur le cuir chevelu, une action de glissement sur le péricrâne, qui serait évidemment plus marquée sur les côtés de la tête que sur la région où siège habituellement cette tumeur.

En ce qui concerne le traitement de cette variété de céphalématome, il n'y a rien de spécial à observer. Cette affection constitue toujours un *noli me tangere*, et il faut savoir résister au désir d'intervenir et aux sollicitations de la famille. Le meilleur traitement est de n'en pas faire, c'est une affection qui guérit toujours depuis qu'on ne la traite plus.

M. Forgue. — La production du céphalématome suppose deux facteurs : une rupture vasculaire de quelque importance et une zone de périoste décollable. Le siège classique du céphalématome

Digitized by Google

est le point où ces conditions sont le mieux remplies, mais on comprend aisément qu'on puisse trouver le céphalématome en d'autres sièges.

(*A suivre*).

VARIÉTÉS

—

Chaque année, le *Munchener medizinische Wochenschrift* publie un « Sherznummer », numéro comique d'une amusante fantaisie.

Il y a quelques années, on offrait par la voie du Scherznummer un assistant de chirurgie en porcelaine, doué de multiples qualités et de précieux avantages : ne disant jamais de mal de son chef, restant muet pendant les opérations, pouvant facilement se stériliser, etc.

Dans le numéro de cette année, nous trouvons cette annonce inspirée par l'encombrement de la profession médicale :

Maison sans médecin

Le troisième étage d'une maison de la rue principale d'une grande ville n'a pas encore été habité par un médecin.

Ecrire : O. W.

L'annonce suivante, qui plaisante l'abus des spécialités, n'est pas moins drôle :

Paraîtra prochainement à la librairie Goldmacher, à Leipzig :

Traité des maladies du lobule de l'oreille, en cinq volumes, publié avec la collaboration de savants renommés, par le professeur *Auriculus Mus*, conseiller aulique.

Vol. I. — *Introduction.*

Chapitre I : Anatomie comparée du lobule de l'oreille chez les vertébrés, par le professeur Langweill.

Chapitre II : Anatomie du lobule de l'oreille chez l'homme, par le professeur Schwierig.

Chapitre III : Physiologie du lobule de l'oreille de l'homme, par le professeur Schwierig.

Digitized by Google

Chapitre IV : Anatomie pathologique du lobule de l'oreille de l'homme, par le professeur Schneider et le Dr Faeber, *privat docent*.

Chapitre V : Pathologie générale du lobule de l'oreille, par le professeur Wandelbar.

Sous-chapitre I : Bactériologie du lobule de l'oreille, y compris la bactériologie du cérumen, par le Dr Bacillowski.

Sous-chapitre II : Affections menstruelles et hémorragies vicariantes du lobule de l'oreille, par le professeur Gastrirer.

Et ainsi de suite.

Le volume II est consacré à la chirurgie du lobule de l'oreille.

Le volume III aux affections internes du lobule de l'oreille.

Le volume IV, aux dermatoses du lobule de l'oreille.

Le volume V, au traitement des affections du lobule de l'oreille.

L'annonce se termine ainsi :

Sous presse : 1° *L'hygiène du lobule de l'oreille,* y compris l'hygiène scolaire ; 2° *Traité de prophylaxie des affections du lobule de l'oreille*, publié par un grand nombre de savants distingués, et enfin 3° *Atlas stéréoscopique en couleurs des maladies du lobule de l'oreille*, qui comprendra vingt à vingt-cinq livraisons à prix réduit ne dépassant pas 100 marks.

Médecine Moderne.

NOUVELLES

—

Congrès de Médecine de Madrid. — La plus grande partie des congressistes ayant déjà quitté leur pays, le Comité exécutif du Congrès a décidé de ne pas envoyer le programme définitif à domicile, mais bien de le distribuer à tous les membres, lors de leur arrivée à Madrid.

L'Éditeur-Gérant : P. DELORD-BOEHM.

Montpellier. — Imprimerie Delord-Boehm et Martial.

Digitized by Google

N° 18 3 MAI 1903. TOME XVI

MONTPELLIER MÉDICAL

Journal Hebdomadaire paraissant tous les Dimanches

LEÇON D'OUVERTURE

DU

COURS D'HYGIÈNE

FAITE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Le 6 Mars 1903

Par H. BERTIN-SANS

MESSIEURS,

Au moment de prendre devant vous possession de cette chaire, je me trouve en présence de plusieurs devoirs à remplir.

J'ai d'abord à m'acquitter d'une dette de reconnaissance ; je dois en effet et j'adresse ici des remerciements à ceux qui m'ont confié l'honneur de vous enseigner cette belle et utile science de l'hygiène, pour cette confiance même qu'ils m'ont si bienveillamment témoignée. A ce titre je réunis donc dans un même sentiment de respectueuse gratitude M. le Ministre de l'Instruction publique, M. le Directeur de l'Enseignement supérieur, la Section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique et les Maîtres de cette Ecole qui ont bien voulu m'accorder leurs suffrages. Je tiens en outre à dire à tous mes nouveaux collègues combien je

Digitized by Google

leur sais gré du gracieux accueil qu'ils m'ont fait à mon arrivée auprès d'eux, et à quel point j'ai à cœur, par le zèle que je compte apporter à notre œuvre désormais commune, par mon amour pour notre Université Montpelliéraine, par mon dévouement à une Faculté qui est comme ma patrie scientifique, de me rendre tous les jours plus digne de leur amitié et de leur estime.

Une autre obligation qui semblerait devoir s'imposer à moi comme la précédente est de nature trop délicate pour que je puisse faire en ce moment autre chose que de m'excuser de ne pas la remplir. Un vieil usage veut que le nouveau titulaire d'un enseignement magistral apprécie les services rendus par son prédécesseur. Cette appréciation, qui devrait être une critique indépendante et impartiale, mais que nos politesses conventionnelles transforment d'un commun accord en un éloge officiel, ne saurait à aucun titre entrer dans le programme de cette leçon d'ouverture. L'éloge du professeur que je remplace m'est absolument interdit, tant par son expresse volonté que par la nature du lien qui me rattache à lui ; tout le bien que j'en pense et que je voudrais en dire étant par la force des choses rendu suspect de partialité filiale.

En revanche, j'aurai plaisir à m'étendre sur un troisième devoir dont j'ai à m'acquitter en ce moment. Appelé, Messieurs, à vous enseigner *l'art de conserver, d'améliorer, de perfectionner* la santé, ce zéro important qui, selon le mot de Fontenelle, fait valoir les unités de la vie, et à vous l'enseigner dans une Faculté de Médecine, c'est à-dire dans le Temple où s'exerce le Culte de cette autre religion qui est représentée par *l'art de guérir les maladies*, il est bon que dès le premier pas j'envisage l'ensemble de ce grand problème sanitaire et que j'examine avec vous, *où, comment* et *pourquoi* il faut cultiver l'hygiène.

Digitized by Google

En principe et tout d'abord, il faut cultiver, c'est-à-dir étudier et enseigner l'hygiène dans les Facultés de médecine. Ce n'est pas pour rien que les anciens ont fait de la déesse Hygie la propre fille d'Esculape, et il va de soi que, pour empêcher la genèse des maladies, il faut au préalable en rechercher et en découvrir les causes. L'étiologie, qui est l'aboutissant des études pathologiques, est donc, en sens inverse, le point de départ des recherches sanitaires, et l'agent ou le facteur morbide est le centre commun d'où s'irradient vers des horizons désormais divergents les visées du médecin et celles de l'hygiéniste ; le premier s'imposant la tâche de porter remède au mal accompli, le second prenant pour mission d'empêcher le mal de se produire. Ce point de contact, mathématique si l'on veut mais effectif et incontestable, ce lien naturel, intime et indestructible quoique limité et restreint, entre la médecine et l'hygiène, est d'une telle évidence qu'il serait superflu d'en démontrer ici la réalité.

C'est donc dans l'enceinte même où s'élaborent et se transmettent les sciences médicales que prend naissance et que peut le plus avantageusement se poursuivre l'étude de l'art sanitaire.

C'est aussi dans les Facultés de médecine qu'il est le plus rationnel de placer le point de départ, le foyer primordial de son enseignement. Le médecin, appelé par sa profession à poursuivre la guérison des malades, est aussi le mieux qualifié pour combattre l'apparition des maladies. En présence des souffrances qu'il cherche à soulager, des terminaisons fatales qu'il ne peut pas toujours empêcher, ses aspirations humanitaires doivent naturellement élever sa pensée vers le but plus désirable encore d'éviter ces souffrances inutiles et ces catastrophes irréparables. Le vrai médecin, le médecin de vocation que vous voudrez être, ne se bornera pas à ordonner des remèdes à son malade pour le débar-

Digitized by Google

rasser de l'affection actuelle, il lui prodiguera ses conseils pour le préserver d'une rechute, il dirigera le régime de sa vie, règlera l ordonnance de son activité, contrôlera les conditions de son milieu en vue de garantir sa santé contre d'autres atteintes. Il fera plus encore : étendant son intervention protectrice à l'entourage plus ou moins éloigné de son malade, il s'appliquera à restreindre le plus possible les ravages du mal et à localiser dès son origine ce foyer de nouvelles transmissions morbides. N'est-il pas indispensable qu'il connaisse pour cela, en même temps que l'art de guérir, celui de prévenir les maladies?

Il faut donc que l'hygiène s'enseigne à côté de la médecine pour que le médecin des familles puisse en être également le directeur sanitaire, pour que la chambre de malade, pour que la salle d'hôpital ne deviennent pas les sources de nouvelles contagions.

Il le faut aussi pour des motifs d'une portée bien plus étendue encore. Le médecin ne remplit pas seulement une mission privée, il est appelé à jouer un rôle public. Depuis en effet que la loi, supprimant en partie l'obligation du secret médical, a sagement obligé tout médecin traitant, en échange du monopole qu'elle lui concède, à faire à l'autorité publique la déclaration officielle de certaines maladies contagieuses, les services que le médecin peut rendre à la santé publique ont notablement augmenté d'importance. Il n'est pas douteux en effet que l'application de mesures prophylactiques, pratiquée en temps utile et sur une grande échelle, n'ait pour conséquence immédiate l'extinction de nombreux foyers épidémiques et une diminution considérable de la morbidité et de la mortalité générales. Je suis certain, Messieurs, que bien convaincus de l'utilité de ces mesures vous n'hésiterez point à vous soumettre à une obligation sur laquelle notre nouvelle législation sanitaire a cru devoir insister, parce que peut-être elle n'avait pas été jusqu'ici suffisamment observée.

Digitized by Google

Mais ce n'est point tout encore; appelés par le texte même de cette nouvelle loi à faire partie des commissions sanitaires et des conseils départementaux d'hygiène, tout désignés par leurs connaissances spéciales pour être placés à la tête des bureaux d'hygiène que les municipalités sont aujourd'hui tenues d'instituer dans toutes les villes d'au moins 20.000 habitants, les médecins ont à concourir dans les communes, les départements, en un mot sur tout le territoire de l'Etat, à la préservation de la santé publique ; ils jouissent donc à ces divers titres de droits qui impliquent pour eux un devoir, celui d'être en mesure de rendre les services si considérables par leurs conséquences, que leurs concitoyens attendent de leur dévouement et de leur savoir.

Pour tous ces motifs, je le répète, l'hygiène doit être étudiée et enseignée dans les Facultés de Médecine, mais non pas là uniquement. En envisageant bientôt comment doit être étudiée l'hygiène, nous verrons que ses principaux champs de recherche, ses vrais terrains de contrôle, ses véritables laboratoires, s'étendent largement en dehors de ces Facultés. Pour le moment, je veux seulement vous montrer que c'est aussi ailleurs encore que doit se répandre son enseignement.

Les applications de l'art sanitaire ne peuvent avoir une grande efficacité qu'à la condition de porter sur la Société prise dans son ensemble. Limitée à quelques individus isolés, l'hygiène privée réalisera sans doute quelques économies de vies humaines, mais l'inventaire définitif de ses bienfaits épars et presque assimilables à des privilèges ne saurait guère importer à la masse sociale, dont il convient de placer toujours l'intérêt général au-dessus des intérêts particuliers. Il faut, pour étendre son heureuse influence, il faut, pour obtenir plus facilement la stricte application des mesures d'hygiène publique, commencer par répandre partout les

Digitized by Google

préceptes sanitaires. Les efforts des hygiénistes resteront le plus souvent sans résultat si chacun ne leur donne sa confiance et son appui ; les meilleures prescriptions de notre législation sanitaire resteront le plus souvent inefficaces si le public ne comprend pas leur importance et n'est pas disposé à se soumettre à leurs exigences. Tout le monde le reconnaît, les principes de l'hygiène doivent, dans l'intérêt de chacun comme dans celui de tous, s'infiltrer dans toute la masse de la population. Certes il ne s'agit point de faire de chaque Français un hygiéniste, il s'agit seulement de former des générations comprenant mieux les intérêts de leur santé. Le champ didactique de l'hygiène est donc facile à définir en principe, c'est partout et à tous que doit être enseignée l'hygiène.

Enseigner l'hygiène à tous, ce serait l'idéal, mais c'est bientôt dit, et comment s'y prendre ?

Il est d'abord certain que le médecin, par l'autorité que lui confère sa situation même, par les enseignements qu'il importe de la Faculté dans les familles, peut contribuer et contribue en réalité pour une large part à cette diffusion des principes de l'hygiène. Mais il ne s'adresse qu'à un public spécial et restreint, il n'expose les préceptes sanitaires qu'à l'occasion des hasards morbides et sous la réserve des convenances individuelles; la chambre du malade n'est pas une académie, et le fauteuil familial est loin d'être une chaire. Il faut donc, sans négliger ce précieux concours, faire encore appel à d'autres intermédiaires.

Nous avons d'abord les différentes écoles, depuis l'école primaire jusqu'au lycée. Pour faire pénétrer sûrement les règles de l'hygiène dans l'esprit du public, il ne faut pas attendre que les préjugés et les vieilles habitudes aient fait leur œuvre. Nous avons encore les divers milieux où l'on peut se faire entendre des collectivités ; les écoles d'application, l'armée, les administrations, les grandes usines, les

Digitized by Google

salles de conférence, le théâtre lui-même, où déjà, sous la forme inattendue du drame ou de la comédie, certains auteurs ont essayé d'introduire des théories hygiéniques, comme l'a fait Brieux avec les *Remplaçantes* et les *Avariés*, sans que l'on puisse encore se prononcer sur les avantages de cette tentative aventureuse. Il y a aussi le journal, les publications populaires, la distribution gratuite d'éditions à bon marché : Le livre est le grand propagateur des idées utiles quoique aussi, malheureusement, de quelques autres, il est le plus puissant moyen de vulgarisation de nos connaissances, et il peut rendre, il a déjà rendu de grands services à l'hygiène en répandant ses notions fondamentales dans les masses populaires.

Ce grand travail d'instruction sanitaire est aujourd'hui commencé dans notre pays, sur tous les points et par les divers moyens que je viens d'indiquer. Sans doute, mais il le faut, l'enseignement en question n'est pas le même partout ; il doit, pour être profitable, s'adapter au public auquel il s'adresse, et, pour ne pas entraver d'autres enseignements, être restreint à ses éléments utilitaires ; sans doute aussi, mais le temps y portera remède, le personnel est encore insuffisant et insuffisamment préparé, pour une tâche aussi vaste et aussi variée. Le progrès n'en est pas moins en marche et l'avenir en amènera l'évolution finale, d'autant mieux que l'esprit public est aujourd'hui favorable à ces tendances et commence à être convaincu de leur utilité. Il n'y a donc pas lieu d'insister davantage sur ce point.

Mais s'il ressort nettement de leur nature même et des services qu'ils peuvent rendre aux individus comme aux collectivités que les principes de l'hygiène doivent être l'apanage commun de l'humanité, qu'ils doivent être sus partout et de tous, qu'ils doivent, pour ainsi dire, comme

Digitized by Google

les autres connaissances indispensables à l'être humain, faire partie intégrante de son éducation, la constitution théorique de l'hygiène, la recherche de ses lois, la codification de ses préceptes, n'en restent pas moins une œuvre spéciale et compliquée. C'est de cette étude qu'il y a lieu maintenant de rechercher les fondements et le caractère, d'autant plus que, subordonnée aux autres recherches intellectuelles par son principe même, qui est de faire servir aux intérêts de la santé et au prolongement de la vie toutes les acquisitions applicables à ce but, son élaboration se trouve liée aux progrès incessants de toutes les sciences, et qu'elle représente à ce titre un édifice gigantesque qui serait constamment à l'état de chantier.

Pour comprendre quelle peut être notre action sur la santé d'un être vivant, il faut envisager la vie dans son essence la plus élémentaire et juger, d'après la nature de ses évolutions intimes, par quel moyen elle peut être atteinte ou garantie.

Vous savez en quoi consiste, ainsi réduite à ses attributions fondamentales mais caractéristiques et ramenée à sa conception la plus simple, la vie d'un organisme quelconque. Qu'il s'agisse de ces agglomérations d'éléments anatomiques dont la fédération assure, par la spécialisation de leurs fonctions individuelles, l'infinie modalité des manifestations vivantes chez les représentants supérieurs de l'échelle animale ; ou que l'organisme tout entier se trouve réduit, comme chez les monères ou les amœbiens, à cette parcelle invisible à l'œil nu de matière organisée ; qu'il faille, avec Huxley, placer la *base physique de la vie* dans ce protoplasma contractile considéré comme terme ultime de notre analyse biologique ; ou, qu'allant plus loin encore avec Strassburger, Butschli, Flemming et autres, ou avec l'éminent physiologiste Nœgeli dans cette poursuite du dernier retranchement où se cantonnent les ressorts fondamentaux de l'existence et où se localise, selon l'expression de Dastre, le *théâtre de*

Digitized by Google

ses manifestations, nous ne considérions plus comme matière vivante que les microsomes du spongioplasma ou les micelles même dont se composeraient ces granulations bioblastiques, toujours est-il que la vie, condensée avec ses propriétés essentielles dans une réunion de nature inconnue de quelques atomes de matière, s'y manifeste par les réactions de cette matière vivante sous les diverses excitations du milieu ambiant. Cette matière vivante, dont Miescher et Kossel, Lilienfeld et Yvor Bang ont poussé si loin l'analyse chimique, est d'elle-même passive et sans spontanéité; elle ne possède que la propriété de répondre par des manifestations diverses à la diversité des excitations extérieures, et ces manifestations constituent, sur ce théâtre spécial, la représentation de la vie, de la vie ainsi réduite à sa conception la plus simple, à sa figuration schématique en quelque sorte, mais dont les associations harmoniques formées chez les êtres supérieurs entre des unités vivantes à propriétés diversement accentuées, compliquent à l'infini les modalités sans en changer la nature.

Les propriétés biologiques ne sont donc qu'une aptitude spéciale, qu'une puissance virtuelle ; elles ne sont pas encore des actes ; elles ne sont pas encore des phénomènes vitaux. Pour réaliser la manifestation de la vie, il faut l'intervention d'un agent qui mette en jeu ces facultés de la matière vivante, qui féconde ces aptitudes et transforme cette énergie potentielle en sensations et en mouvements ; cet agent, c'est la force physique représentée sous la forme de tous les excitants naturels ou cosmiques. L'hygiéniste, en présence de ces formes diverses de l'énergétique universelle, y trouve aussi les conditions des désordres fonctionnels de nature à troubler la santé ou à interrompre la vie des êtres qui l'intéressent en portant le désaccord au lieu de l'harmonie dans le rythme normal des excitations qui les atteignent; il s'empare de ces facteurs de santé comme de maladie et de mort, qui devien-

Digitized by Google

nent pour lui, sous leur dénomination aujourd'hui classique, les *modificateurs sanitaires*..

La vie réelle, la vie active de tout organisme, du plus simple au plus perfectionné, dépend donc exclusivement des excitations extérieures, qu'on les qualifie, comme Armand Gautier, dans sa savante étude sur le *Mécanisme de la vie*, d'*actes fermentatifs*, ou que, plus réservé, on se contente d'en signaler l'existence sans en préciser la nature. Si cet organisme est en contact avec ses stimulants naturels, ses fonctions évoluent, sa vie se manifeste; s'il y est soustrait d'une façon plus ou moins durable, c'est l'arrêt de la vie, la vie latente ou la mort définitive. C'est donc aux excitants cosmiques, aux modificateurs sanitaires, que l'hygiéniste devra tout d'abord s'adresser s'il veut exercer une influence préservatrice et salutaire sur la santé et sur l'existence humaines.

Et il importe ici de s'élever dès le début contre cette opinion généralement répandue que la vie est une lutte incessante contre des forces ennemies, lutte dont l'étymologie du mot *agonie*, de cette bataille finale où l'organisme subirait sa dernière défaite, nous retrace l'éternelle préoccupation, et dont on retrouve partout la proclamation découragée.

(A suivre).

Digitized by Google

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

Séance du 20 Mars 1903

(Suite et Fin)

L'État des fonctions rénales dans l'hémoglobinurie essentielle paroxystique

Par le Dr P. Ardin-Delteil.

(*Clinique médicale* de M. le Professeur Carrieu).

Dans un cas d'hémoglobinurie essentielle paroxystique survenue chez un jeune soldat syphilitique, et dont les accès étaient nettement influencés par le refroidissement de la température extérieure, j ai pu étudier l'état des fonctions rénales, avant, pendant et après les crises d'hémoglobinurie.

Les analyses chimique, histologique, spectroscopique ; la toxicité urinaire, la cryoscopie et la perméabilité au bleu de méthylène ont été simultanément employées, et ces divers procédés ont tous fourni des résultats concordants.

I. *En dehors des paroxysmes hémoglobinuriques.* — Les urines, émises à ce moment sont considérées comme normales. La *quantité* pour les 24 heures est, en moyenne de 1,500 à 1,600 centim. cubes. On ne constate ni albumine, ni hémoglobinurie, ni globules rouges, ni cylindres urinaires.

La *toxicité* est de 67,80 centim. cubes par kilogr. de lapin.

La *cryoscopie* a permis de calculer :

a). La *molécule urinaire élaborée moyenne.* Son poids est de 90,46. Ce poids, élevé par rapport à la normale (75), répond à la syphilis du sujet.

b). La diurèse moléculaire totale $\frac{\Delta v}{P}$ répondant à 4,560 molécules éliminées par kilogramme du sujet en 24 heures, chiffre normal.

c). La diurèse des molécules élaborées $\frac{\delta v}{P}$ donnant 2,130 molécules élaborées par kilogramme en 24 heures, chiffre normal.

Digitized by Google

d). Le rapport des diurèses ou coefficient des échanges moléculaires $\frac{\Delta}{\delta}$ est égal à 2,14 et encore compris dans des limites normales.

La *perméabilité au bleu de méthylène* est normale : le bleu apparaît au bout de demi-heure ; son élimination dure 36 heures.

II. *Au moment du paroxysme hémoglobinurique.* — Sous l'influence du froid, surtout d'un froid intense, il se produit, sur le moment, une diminution de la sécrétion urinaire, pouvant aller jusqu'à l'*anurie complète* pendant une heure et demie. Puis, sont émises en petite quantité des urines fortement hémoglobinuriques (480 centim cubes en 6 heures), auxquelles succèdent des urines moins chargées en matière colorante et plus abondantes (1,300 centim. cubes en 18 heures).

Les examens divers ont été faits pour chacune de ces urines.

a). *Urines très hémoglobinuriques* — 480 centim. cubes en six heures. Contiennent 1 gramme d'albumine par litre ; on trouve, en outre, des granulations brunes, des cylindres granuleux ; pas de globules rouges.

La toxicité urinaire est diminuée et n'est plus que de 78,12 cent. cubes pour 1 kilogramme de lapin.

La *cryoscopie* montre : $\frac{\Delta V}{P} = 414$ molécules totales éliminées en six heures dans ces 480 centim cubes d'urine — ; et $\frac{\delta v}{P} = 212$ molécules élaborées, éliminées dans le même laps de temps. Le rapport $\frac{\Delta}{\delta} = 1\ 91$; il diminue, se rapproche de 1, ce qui exprime une *congestion rénale* intense, avec stase circulatoire dans cet organe. Ceci répond bien à la fermeture temporaire du rein, traduite par l'anurie passagère constatée pendant une heure et demie.

b). *Urines moins colorées.* 1300 cent. cubes en 18 heures. — Elles contiennent : des traces d'albumine ; de nombreux cylindres granuleux ; pas de globules rouges ni de granulations. Leur *toxicité diminue* encore, marquant de plus en plus la fermeture du rein. Il faut 94 92 cent. cubes pour tuer un kilogramme de lapin.

Cryoscopie $\frac{\Delta V}{P} = 1968$ molécules totales en 18 heures.

Digitized by Google

$\frac{\delta V}{P}$ = 649 molécules élaborées moyennes en 18 heures.

$\frac{\Delta}{\delta}$ = 3,19. Ici ce rapport change dans sa variation. — Au lieu de se rapprocher de 1, comme dans les urines émises dans les premières heures succédant au refroidissement, il s'en éloigne, et atteint un taux excessivement élevé, tel qu'on en voit dans les néphrites, avec *fermeture du rein.*

Cette fermeture n'est pas douteuse ici : elle est démontrée par la diminution de la toxicité urinaire, par le chiffre total de 2382 molécules totales, et de 862 molécules élaborées éliminées dans l'ensemble des vingt-quatre heures par les reins. — Il y a là, comme l'indiquent ces derniers chiffres, une perméabilité rénale diminuée de plus de la moitié ; cette diminution, comme le montre l'étude des variations de $\frac{\Delta}{\delta}$ dans la journée, répond d'abord à une congestion rénale ($\frac{\Delta}{\delta}$ diminue en se rapprochant de 1), puis à une véritable fermeture du rein survenant consécutivement à la congestion ($\frac{\Delta}{\delta}$ augmente en s'éloignant de I).

La variation de ce rapport fait donc prendre sur le vif le rôle joué par le rein au moment de sa production de l'accès d'hémoglobinurie.

III. Dans les jours qui suivent le paroxysme hémoglobinurique, les *urines post-hémoglobinuriques* augmentent considérablement de quantité, comme dans les néphrites chroniques interstitielles. On trouve 2,200 cent. cub. en 24 heures. Les urines contiennent de très légères traces d'albumine, de rares cylindres urinaires.

La *toxicité* est de plus en plus faible et répond à 158,32 cent. cubes pour tuer : 1 kilogr. de lapin.

La cryoscopie montre une diminution des diurèses moléculaires, moindre qu'au moment de la poussée hémoglobinurique, mais très nette.

$\frac{\Delta V}{P}$ diurèse moléculaire totale répond à 3907 molécules en 24 heures.

$\frac{\delta V}{P}$ indique 1434 molécules élaborées éliminées en 24 heures.

Digitized by Google

$\frac{\Delta}{\delta}$ reste élevé, égal à 2,95, indiquant toujours la fermeture du rein, et l'imperfection des échanges moléculaires au niveau des épithéliums canaliculaires.

Enfin, cette imperméabilité persistante est démontrée par l'épreuve du bleu de méthylène : le chromogène ne passe qu'une heure après l'injection ; le bleu n'apparaît que 2 heures après ; l'élimination se prolonge pendant 76 heures, tout comme dans les sclérosés rénales, les plus resserrées.

IV. Ainsi donc, du moment où le malade a été exposé au froid, son rein se ferme immédiatement ; d'abord, comme le montrent la clinique (anurie, douleurs lombaires) et la cryoscopie (diminution de $\frac{\Delta}{\delta}$ par *congestion du rein* ; puis, au bout de quelques heures, apparaît une imperméabilité marquée primitivement très considérable, puis s'atténuant progressivement dans les jours qui suivent, et comparable aux imperméabilités observées dans les néphrites avec sclérose rénale. — Rien de cela n'est fait pour étonner : on sait que, dans une des rares autopsies que l'on connaisse d'hémoglobinurie essentielle paroxystique, Dieulafoy et Widal ont noté l'existence d'une congestion et d'une sclérose rénales.

Les phénomènes rénaux jouent donc probablement un rôle très important dans la genèse de l'accès hémoglobinurique. Mais représentent-ils des phénomènes primitifs, où la congestion rénale a frigore violente, intense, serait le premier, en fait, comme le prétend Robin ; ou sont-ils consécutifs, secondaires à des modifications sanguines, d'abord produites par le coup de froid, comme le veut la théorie hématique, défendue par Ehrlich et Chauffard ? C'est ce qu'il est plus difficile de déterminer. Cependant la cryoscopie montre bien le rôle considérable dévolu à la congestion dans les phénomènes du premier moment, immédiatement après l'exposition au froid.

M. Carrieu fait remarquer la rareté de ces cas et insiste sur les applications pratiques des recherches cryoscopiques.

M. Forgue remercie M. Ardin-Delteil de son intéressante communication et l'invite à exposer à la Société, dans une prochaine séance, les données principales de la cryoscopie.

Digitized by Google

Séance du 27 mars 1903

Présidence de M. Forgue.

Etaient présents : MM. Gilis, J. Moitessier, L. Imbert. Jeanbrau, Ardin-Delteil, Abadie, Leenhardt, Guérin, Lagriffoul, Gaillard, Gaussel, Mme Gaussel, MM. Delage, P. Moitessier, Maystre, Pagès.

Sur la cryoscopie

Par le Dr P. ARDIN-DELTEIL.

Sollicité par M. le Professeur Forgue, Président, de rappeler brièvement les données principales de la méthode de la cryoscopie, M. Ardin-Delteil, partant du *principe de Raoult*, à savoir que « toute substance, solide, liquide, ou gazeuse en se dissolvant dans un corps défini liquide, capable de se solidifier, en abaisse le point de solidification, et cela d'autant plus que la solution est plus concentrée, » montre que le *coefficient d'abaissement* ainsi obtenu devient *constant* pour une même série de corps vis-à-vis d'un dissolvant déterminé si on dissout un poids de ces corps égal ou proportionnel à leur poids moléculaire. Un corollaire de cette loi est que les solutions équimoléculaires de corps différents dans un même dissolvant ont même point de congélation.

La cryoscopie permet donc :

1° De calculer le poids moléculaire des substances en dissolution dans un corps liquide défini.

2° D'établir si plusieurs solutions de corps différents contiennent le même nombre de molécules et, au besoin de compter le nombre des molécules y contenues.

1° Le *calcul du poids moléculaire* appliqué par Bouchard à la sécrétion urinaire s'établit en partant de la formule $M = K \times \frac{P}{\Delta}$

où M = poids moléculaire.

K = constante = 18,5 pour l'eau vis-à-vis des matières organiques.

P = poids des substances extractives de l'urine.

Δ = point de congélation de l'urine.

Digitized by Google

Bouchard a ainsi calculé le poids de la *molécule urinaire élaborée moyenne,* en se servant de la formule rectifiée

$$M = 18{,}5 \times \frac{P - p.}{\Delta - p \times 0{,}60}$$

où p. représente le chlorure de sodium contenu dans l'urine, et $p \times 0\ 60$ la variation du point de congélation liée à la présence des chlorures dans l'urine.

Ce poids moléculaire, variable suivant l'état de santé ou de maladie des individus, représente un symbole qui donne l'expression de l'état des fonctions de nutrition et de leur degré d'activité.

2° *La numération des molécules* contenues dans un liquide déterminé reçoit une application dans la détermination du nombre des molécules urinaires qui passent à travers le filtre rénal. — Les variations de ce nombre indiqueront si le filtre est perméable normalement, ou plus, ou moins perméable qu'il ne faut.

Puisque ∇, point de congélation de l'urine, est proportionnel à la concentration moléculaire de celle-ci, appliqué à l'unité de volume, on peut admettre qu'il représente le nombre total des molécules contenues dans cette unité de volume d'urine.

Une urine pour laquelle $\Delta = -1°,75$ sera supposée contenir 175 molécules par unité de volume.

Pour 24 heures, un volume V d'urines, émises par un individu, contiendra V fois plus de molécules, ou Δ V.

Et si l'on veut rapporter à un kilogramme du poids du corps ce nombre de molécules, émises en 24 heures par un individu dont le poids est P kilogrammes, on voit que $\frac{\Delta V}{P}$ représentera le nombre de molécules urinaires éliminées en 24 heures par 1 kilogramme du poids du corps.

Mais, il y a dans l'urine deux ordres de molécules: des molécules minérales, surtout chlorurées ; des molécules organiques, résultant de l'élaboration des matériaux d'assimilation — ; ces dernières seules ont une importance au point de vue de l'élimination des produits de déchet toxiques; à côté de la *diurèse moléculaire totale* $\frac{\Delta V}{P}$, englobant à la fois l'élimination des molécules minérales et des molécules organiques, il faudra donc considérer la *diurèse des molécules élaborées*. Celle-ci s'obtiendra en recherchant le point de congélation de l'urine si celle-ci ne contenait que les substances

Digitized by Google

organiques. Il s'obtiendra en retranchant de Δ, point de congélation total, le point de congélation $p \times 0{,}60$, dû au chlorure de sodium, $\Delta - p \times 60 = \delta$, δ représente le point de congélation dû aux substances élaborées contenues dans l'urine. Donc δ représente, conventionnellement, le nombre de molécules élaborées contenues dans l'unité de volume, et $\frac{\delta V}{P}$ le *nombre des molécules élaborées moyennes* éliminées par 1 kilogramme d'individu en vingt-quatre heures. C'est ainsi que l'on peut calculer le nombre des molécules urinaires.

Les variations de $\frac{\Delta V}{P}$, de $\frac{\delta V}{P}$, de $\frac{\Delta}{\delta}$, permettent d'étudier corrélativement l'état des fonctions rénales, le degré de perméabilité du rein et la nature (cardiaque ou brightique) de l'obstacle.

Sur la détermination de la molécule élaborée moyenne

Par J. Moitessier, professeur-agrégé à la Faculté

Les principes contenus dans l'urine normale, à l'exception des chlorures, proviennent essentiellement de la désassimilation des matières albuminoïdes, substances extrêmement complexes, ainsi que le montre la formule $C^{250}H^{409}Az^{67}O^{81}S^{3}$, donnée par M. le professeur A. Gautier pour l'albumine de l'œuf. Ces matières albuminoïdes, dont le poids moléculaire est voisin de 6.000 (3 000 fois celui de l'hydrogène, 333 fois celui de l'eau, 100 fois celui de l'urée), sont soumises dans l'organisme à des phénomènes d'hydrolyse et d'oxydation qui disloquent peu à peu leur molécule en molécules de plus en plus simples. Il se forme, en dernière analyse, des substances comme l'urée, la créatinine, l'acide urique, qui sont éliminées par l'urine et dont les poids moléculaires sont respectivement 60, 113 et 168.

L'urée représente la molécule la plus simple formée dans la désassimilation des matières albuminoïdes ; par conséquent, plus cette désassimilation sera parfaite, plus les molécules d'urée élaborées seront abondantes dans l'urine, par rapport aux molécules plus lourdes des autres substances qui les accompagnent. On pourra donc, comme l'a fait M. le professeur Bouchard [1], apprécier le degré de perfection de la désassimilation des matières albumi-

[1] *Traité de Pathologie générale*. Tom. III, 1re Partie, pag. 238.

Digitized by Google

noïdes d'après le *poids moyen des molécules urinaires ayant l'albumine pour origine* ou, selon l'expression de ce savant, d'après le *poids de la molécule urinaire élaborée moyenne.*

Pour mieux nous faire comprendre, prenons des exemples numériques : supposons que dans une urine, sur 10 molécules élaborées, il y en ait 7 d'urée, 1 d'acide urique et 2 de créatinine ; le poids de ces 10 molécules sera :

$$7 \times 60 + 1 \times 168 + 2 \times 113 = 814$$

le poids moyen d'une molécule élaborée ou le poids de la molécule élaborée moyenne sera 81,4.

Dans le cas d'une désassimilation moins parfaite, s'il y a, par exemple, pour 10 molécules urinaires élaborées, 5 d'urée, 2 d'acide urique et 3 de créatinine, le poids des 10 molécules sera :

$$5 \times 60 + 2 \times 168 + 3 \times 113 = 975$$

et le poids moyen d'une molécule sera 97,5.

On voit que plus la désassimilation sera imparfaite, plus le poids moyen s'éloignera de 60, poids moléculaire de l'urée, qui est la substance élaborée la plus simple.

Pour déterminer expérimentalement le poids moyen des molécules urinaires élaborées, M. Bouchard a utilisé les données récentes de la cryoscopie.

Entre le poids moléculaire M d'une substance organique, le poids P de cette substance dissoute dans 100 cc. d'eau et l'abaissement du point de congélation Δ de la solution, il existe la relation

$$M = 18{,}5 \frac{P}{\Delta}$$

Si on veut appliquer cette formule à l'urine pour l'évaluation du poids moyen des molécules *élaborées* seules, c'est-à-dire de celles qui ont l'albumine pour origine, il faudra, d'une part, retrancher du poids P des substances dissoutes dans 100 cc. d'urine le poids p des chlorures et, d'autre part, défalquer de l'abaissement du point de congélation Δ déterminé expérimentalement avec cette urine, l'abaissement partiel dû aux chlorures, qui est égal à $p \times 0^{\circ},6$.

La formule devient donc

$$M = 18{,}5 \frac{P - p}{\Delta - (p \times 0{,}6)} \text{ (formule de M. Bouchard).}$$

Cette formule ne peut donner qu'une valeur approximative de M même si le résidu de l'urine, le poids des chlorures et l'abaissement

Digitized by Google

du point de congélation ont été déterminés avec toute la précision possible, parce que le coefficient 18 5 ne s'applique qu'aux substances organiques; or, dans les molécules élaborées figurent des sulfates et des phosphates (provenant des nucléines). pour lesquels le coefficient à employer est différent de 18.5 Il est vrai que l'erreur commise de ce chef n'est pas très considérable.

Il n'en est pas de même de celle qui résulte de l'évaluation approximative du résidu de l'urine, telle qu'on la fait généralement pour les besoins de la clinique Au lieu de peser le résidu de l'évaporation de quelques centimètres cubes d'urine dans le vide sec, on calcule ce résidu en multipliant par 0,226 les deux derniers chiffres de la densité déterminée au millième. Cette évaluation donne de bons résultats avec les urines *normales*, surtout si la densité a été déterminée très exactement au dix-millième; on multiplie alors les 3 derniers chiffres de la densité par 0,0226. Avec les urines *pathologiques*, même sans principes anormaux, dans lesquelles les rapports des divers principes s'écartent notablement des rapports normaux, l'erreur commise dans l'évaluation de P peut être considérable; il en résulte une erreur dans le calcul de M., et c'est peut-être là la raison pour laquelle M. Bouchard a trouvé dans certains cas le poids de la molécule élaborée moyenne inférieur à 60, poids moléculaire de l'urée, ce qui est impossible [1].

L'erreur dans le calcul du résidu des urines anormales basé sur la densité provient de ce que toutes les substances de l'urine ne donnent pas, à poids égal, une même augmentation de densité. D'après mes déterminations, 1 gramme d'urée dissous dans 100 cent. cubes d'eau n'élève la densité que de 0,00275, alors que 1 gramme de chlorure de sodium l'augmente de 0,0071, soit 2,6 fois plus.

D'après ces données, on peut calculer que, pour avoir le poids de substance dissoute dans 100 cent. cubes d'une solution, d'urée ou de chlorure, il faut multiplier les deux derniers chiffres de sa densité par 0,363 ou par 0,143, selon que la solution renferme de l'urée ou du chlorure de sodium. Nous avons vu que, pour l'ensemble des substances dissoutes dans l'urine normale, le coefficient

[1] Le poids de la molécule élaborée moyenne a été trouvé par M. Bouchard, voisin de 76 à l'état normal (de 68 à 82); l'état pathologique augmente presque toujours le poids de la molécule élaborée moyenne; cependant les néphrites même apyrétiques, et certaines formes de fièvre ont donné des poids de molécules élaborées moyennes inférieurs à la normale.

Digitized by Google

est 0,226, intermédiaire entre 0,363 et 0,143 ; mais on conçoit que pour les urines anormales, où le rapport de l'urée aux chlorures est changé, le coefficiento, 226 sera trop faible si l'urée est augmèntée et les chlorures diminués, trop fort dans le cas contraire. C'est ainsi que pour calculer, d'après la densité, le résidu des urines de pneumonie dans lesquelles le rapport de l'urée aux chlorures s'élève souvent à 50 fois la valeur normale, il faudrait employer un coefficient voisin de 0,363, celui des solutions d'urée pure. Le coefficient 0,226 des urines normales donnera donc un résultat trop faible pour le poids P des substances dissoutes dans l'urine; par suite, le poids M de la molécule élaborée moyenne sera aussi trop faible, puisque, dans la formule qui donne M en fonction de P, la valeur de P est en numérateur.

J'ai pu vérifier l'exactitude de ces déductions avec deux urines de pneumoniques, qui contenaient respectivement 36 gr. 6 et 50 gr. 4 d'urée pour 0 gr., 1 et 2 gr. 8 de chlorures exprimés en NaCl. Par la formule de M. Bouchard, on trouve pour le poids de la molécule élaborée moyenne 53 pour la première urine et 55 pour la seconde si on a calculé le poids du résidu des urines d'après leur densité, par les règles habituelles ; on obtient les valeurs de 67 et 62 si on a, au contraire, déterminé directement et exactement le résidu de l'urine par la pesée, après évaporation dans le vide sec.

Ne pourrait on pas cependant, dans le cas d'urines anormales, sans principes anormaux, déterminer avec une approximation suffisante le résidu, sans avoir à le peser? Le procédé suivant me paraît résoudre la question : on détermine la densité d'une urine au dix-mi lième et on dose bien exactement l'urée et les chlorures. Le poids du résidu de l'urine est évidemment égal à la somme des poids de l'urée, des chlorures et des autres substances de l'urine ; il ne reste donc qu'à calculer ce poids des autres substances, en partant de la densité.

Pour cela, on calcule les parts qui reviennent à l'urée et aux chlorures dans la densité de l'urine, en appliquant les données indiquées plus haut : 1 gr. d'urée % élève la densité de 0,00275, et 1 gr. de chlorures de 0,0071. En retranchant de la densité de l'urine ces deux parts de densité, on aura la densité qui revient aux autres substances de l'urine ; les trois derniers chiffres de cette densité, multipliés par le coefficient 0,019, donneront le poids de

Digitized by Google

ces autres substances dans 100 d'urine. Le coefficient 0,019 a été déterminé expérimentalement par l'analyse d'un certain nombre d'urines, dont j'avais préalablement dosé le résidu très exactement par la pesée.

Ce procédé de calcul du résidu de l'urine anormale présente l'avantage que l'erreur due à l'emploi d'un coefficient ne porte que sur une faible partie du résidu, et j'ai pu vérifier que les résultats concordent toujours sensiblement avec ceux obtenus par la méthode pondérale.

(*A suivre*).

VARIÉTÉS

Femme-médecin en Russie

Bien peu connaissent la vie vers laquelle tendent les efforts des étudiantes russes, venues en France ou en Suisse pour remplir les études médicales. Voici le fragment d'une lettre que nous a écrite l'une d'entre elles, actuellement « médecin de district » en Russie, et qui fut notre camarade d'études à Montpellier.

« ... Aujourd'hui, j'ai fini à 5 heures mes consultations ; personne n'est venu m'appeler pour faire des visites dans les maisons. Il fait froid, il fait du vent. Ce matin, quand j'allais à cheval dans les villages voisins, il y avait tant de vent, tant de neige, qu'il me semblait nager dans une substance laiteuse, sans voir le ciel, ni la terre. Quand je suis longtemps en traîneau et qu'il fait un temps pareil, il me semble bientôt qu'il n'y a ni commencement, ni fin, ni de mon voyage, ni de mon service, ni de ma vie. Singulier état d'âme !

C'est étrange d'être médecin de Zemstro. Voulez-vous savoir combien d habitants n'ont d'autre médecin que moi ? Le village où j'habite a 7.000 habitants ; à côté, à 3 verstes de distance, un village de 7.000 ; dans une autre direction, environ 4.000 ; plus loin, à 18 verstes, 7 ou 8,000 ; encore quelques villages qui font ensemble 10 ou 15,000, et cela sans compter les hameaux, à 20 ou 25 verstes de distance et qui souvent n'ont que 20 maisons. J'ai 3 aides-médecins. Dans le village qui est à 18 verstes, je fais régu-

Digitized by Google

lièrement une visite par semaine ; dans les autres, seulement quand on m'appelle pour un cas grave — pour les cas simples, j'envoie mes aides.

Je n'ai pas d'hôpital, seulement une consultation externe. Chaque jour, en consultation, viennent 60 à 80 personnes. Comprenez-vous cette médecine, où de 9 heures à 4 ou 8 heures du soir, il faut en finir avec 80 malades ! faire tout en même temps, massage, injections, pansements, etc. — Il faut également faire les opérations. Ensuite, je dois aller voir les malades de mon village et des villages d'alentour. Et c'est la médecine dans tous ses détails qu'il me faudrait connaître, car mes paysans n'ont pas d'autre médecin, et je dois être spécialiste pour toutes les maladies ; comprenez-vous combien meurent de mon ignorance !

Voilà pour le côté médical, mais, d'un autre ! nos paysans sont si pauvres, si ignorants, leur vie est tellement étroite ! Pour leur donner l'intelligence, leur élargir l'esprit, il faut je ne sais quoi, il faut des années d'écoles primaire, secondaire, supérieure ; l'école primaire seule laisse bien peu, et il faut des siècles pour qu'avec cette façon de civiliser, la Russie s'avance vers un état meilleur ! Quand vous parlez avec un paysan, quelquefois vous êtes étonné de ses idées philosophiques ; mais ce n'est pas la critique qui le fait misanthrope, ou sceptique ; c'est un fatalisme sans fin, fatalisme qui est fait de cette misère, de cette privation de droits pendant des siècles...

Ceux que saisit presque tout entiers et que parfois écœure le *struggle for life*, sentiront peut-être quelque tristesse venir, mais quelque réconfort à cette vision d'une « lutte pour une idée ».

Dr J. A.

Une anguille vivante dans un estomac

Les journaux américains ont souvent des histoires et faits divers amusants au point de vue médical. Récemment, j'ai raconté l'histoire d'une grenouille vivante extraite d'un estomac par un chirurgien.

Aujourd'hui, il s'agit d'une anguille sortie toute seule. Voici le fait, d'après le *New York Herald :* « Niels Anderseen, sujet suédois âgé de dix-sept ans, passager de pont sur la *Campania*, présenta,

Digitized by Google

peu après son embarquement, des troubles gastriques que le médecin du bord ne put parvenir à diagnostiquer : il se plaignait de violentes douleurs d'estomac et avait de terribles secousses de toux. Rien n'y fit pour le calmer, et, pendant toute la traversée, il fut très sérieusement malade. A son arrivée au port, pendant que les médecins l'examinaient avec les autres passagers de pont, il fut pris de très violents accès de toux, et à la suite d'une très forte secousse, une anguille de six pouces de longueur sortit de sa bouche et se mit à frétiller sur le pont.

« On suppose que cette anguille avait dû être avalée, toute petite, par mégarde, avec l'eau de quelque mare et qu'elle s'était tout simplement développée dans l'estomac ».

Dr J. MATIGNON.

THÉRAPEUTIQUE

Névralgie intercostale.

Badigeonnages avec :

Gaïacol	5 gr.
Essence de térébenthine	35 »
Alcool de lavande	120 »

Potion contre la bronchite fébrile des arthritiques.

Eau de laitue	200 gr.
Alcoolature de racine d'aconit	1 » 50
Teinture de sem. de colchique	4 »
Eau de laurier-cerise	6 »
Sirop simple	50 »

Une cuillerée à bouche toutes les 2 heures.

Mélanges pour inhalations dans les affections bronchiques ou pulmonaires.

Menthol	1 gr.
Eucalyptol	1 »
Essence de thym	5 »
— de lavande	5 »
Teinture de tolu	10 »
Alcool à 90°	100 »

Digitized by Google

Mettre une cuillerée à café de ce mélange dans une casserole d'eau bouillante qu'on recouvrira d'un entonnoir ou d'un cornet en carton, et aspirer les vapeurs par la douille de l'entonnoir.

Cette médication réussit également bien comme traitement du coryza.

On peut encore, plus simplement, faire une infusion d'eucalyptus dans laquelle on verse un filet d'une solution de menthol à 1 p. 100.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Tableau des Actes du 27 Avril au 3 Mai 1903.

Mardi, midi 1/2, 1er examen, examinateurs : MM. Gilis, Mouret, Jeanbrau ; épreuve pratique à 10 heures, 10 candidats.

Mercredi, midi 1/2, 3e examen. 2e partie, épreuve pratique, examinateurs : MM. Granel, Bosc, Vedel ; candidats : MM. Valet, Némorin, d'Abbadie. — 10 heures, 5e examen, 1re partie, examinateurs : MM. Tédenat, Puech, de Rouville ; candidats : MM. Papadopoulos, Popoff, Vassilevski. — Midi 1/2, thèse, examinateurs : MM. Forgue, Hédon, Brousse, Jeanbrau ; candidat : M. Duchenne. — 9 heures, 5e examen, 2e partie, examinateurs : MM. Carrieu, Baumel, Vires ; candidats : MM. Scemama, Zogha.

Jeudi, conseil.

Vendredi, midi 1/2, 3e examen, 2e partie, oral, examinateurs : MM. Granel, Ducamp, Rauzier ; candidats : MM. Kypriotis, Répanis. — Midi 1/2, 1er examen, oral, examinateurs : MM. Vialleton, Gilis, Mouret ; candidats : MM. Pestre, Pomeloff, Popoff, Radzimovski, Teitelbaim. — 10 heures, 5e examen, 1re partie, examinateurs : MM. Forgue, Puech, de Rouville ; candidats : MM. Beis, Beniaya, Danillon. — Midi 1/2, thèse, examinateurs : MM. Carrieu, Baumel, Vires, Galavielle ; candidat : M. Jules Blanc.

Samedi, midi 1/2, 1er examen, oral, examinateurs : MM. Vialleton, Gilis, Mouret ; candidats : MM. Tref, Alvarado, Labastie, Mazet, H. Michel. — 10 heures, 5e examen, 1re partie, examinateurs : MM. Tédenat, Truc, Puech ; candidats : MM. Loubet, Liosner. — 9 heures, 5e examen, 2e partie, examinateurs : MM. Grasset, Carrieu, Brousse ; candidats : MM. Couderc, Laurans.

L'Éditeur-Gérant : P. DELORD-BOEHM.

Montpellier. — Imprimerie DELORD-BOEHM ET MARTIAL.

Digitized by Google

N° 19 10 MAI 1903. Tome XVI

MONTPELLIER MÉDICAL

Journal Hebdomadaire paraissant tous les Dimanches

DES BAINS DE MER EN OCULISTIQUE[1]

Par le Professeur **TRUC**

On préconise volontiers les bains de mer chez les enfants affectés de blépharites, de conjonctivites et de kératites interstitielles phlycténulaires ou strumeuses. Cette thérapeutique balnéaire ou thalassothérapie est souvent avantageuse, mais elle présente aussi quelques inconvénients ; elle guérit certains malades et en aggrave d'autres ; à côté d'indications précises il persiste de fâcheux préjugés.

Je me propose, pour la pratique courante, de mettre les choses au point et de vous exposer le résultat de mes observations personnelles.

La question est assez complexe et d'ailleurs peu étudiée.

La thalassothérapie agit au point de vue général, suivant les conditions climatériques des stations, les modes d'application balnéaire et les états oculaires particuliers.

Etat général. — L'atmosphère marine influence l'état général, par sa constance thermique, la haute pression barométrique, l'ozone, les vapeurs salines et iodiques, les émanations résineuses du voisinage (bois de pins, etc),

[1] Leçon clinique.

Digitized by Google

l'excitation lumineuse et calorique, la raréfaction microbienne. La vie marine est généralement complétée par des exercices physiques, confortable et souvent récréative.

L'hydrothérapie saline possède encore une action spéciale au point de vue nutritif. Ainsi que le rapporte Roger[1], l'air salin augmente de 3 gr. l'excrétion quotidienne de l'urée ; le bain de mer froid produit un accroissement de 1 gr. et le bain de mer un accroissement de 2 gr. ; dans tous les cas, les excitations cutanées ont favorisé les oxydations.

Le voisinage des forêts de pins provoque une surproduction d'ozone.

Les radiations chimiques et lumineuses, surtout dans le midi, sont très intenses. Elles produisent une excitation cutanée plus ou moins marquée avec pigmentation, transpiration, oxygénation supplémentaires et augmentation des globules rouges.

La lumière agit directement sur le système nerveux ; le bleu, comme le rouge, est un puissant excitateur.

La vie de plein air, les ébats de la plage, le changement de régime augmentent l'appétit, favorisent les oxydations et les éliminations excrémentitielles.

L'hydrothérapie salée est elle-même très salutaire, car les bains de mer, par leur température, leur densité et leur minéralisation, ont une influence excito-nutritive des plus manifestes.

La thalassothérapie est en somme excito-nutritive et convient aux sujets à nutrition ralentie ou languissante. Elle a d'autant plus d'action que les conditions atmosphériques antérieures des patients étaient plus opposées et les conditions sociales plus défectueuses. C'est ainsi que le séjour habituel sur les montagnes rend plus impressionnable au climat marin et que les enfants pauvres, vivant trop souvent dans des logements malsains, privés d'air, de lumière et

[1] Introd. à la méd. 1892 p. 240

Digitized by Google

d'une bonne alimentation sont plus rapidement influencés que les enfants riches, habitués à de meilleures conditions hygiéniques.

Stations maritimes. — Ces stations ont une action générale commune et des actions régionales et locales particulières qu'il convient d'apprécier. Les plages de la Manche, de l'Océan et de la Méditerranée conviennent également dans le rachitisme, la scrofule, le surmenage, la misère physiologique ; mais elles sont plus ou moins favorables aux divers états oculaires consécutifs. Celles de la Manche sont indiquées dans les formes torpides de la scrofule ; celles de l'Océan, dont l'air est plus tempéré et plus humide, conviennent aux formes ordinaires du lymphatisme ; celles de la Méditerranée, plus sèches, plus chaudes, semblent préférables pour les sujets bronchitiques et délicats.

En pratique, les stations sont essentiellement régionales, et les habitudes économiques ou sociales priment, dans leur choix, les indications thérapeutiques.

On va au plus près, au nord, à l'ouest ou au midi, et, en dehors de certaines particularités exceptionnelles, on ne s'en trouve pas plus mal.

Les plages du sud sont chaudes mais rafraîchies par la brise marine ; en dehors du chaud soleil, elles restent très supportables même en juillet et en août. Dianoux[1] estime que le Midi, à cause du vent qui vient de terre, possède le climat le moins maritime. C'est une erreur d'appréciation. Le vent terrien n'est pas constant, et quoi qu'on en dise, dans la saison estivale, le mistral reste exceptionnel. La brise de mer se fait sentir une bonne partie de la journée amenant l'air pur du large ; et la brise de terre, durant la nuit, apporte les émanations salubres des forêts voisines. Le mistral lui-même remplit, d'ailleurs, à l'occa-

[1] Société fr. d'opht., 1888, p. 61.

Digitized by Google

sion, un rôle de puissant ventilateur et de renouvellement atmosphérique qui n'est peut-être pas à dédaigner. Il faut surtout redouter, au point de vue oculaire, les plages sablonneuses dont les poussières sont ordinairement très irritantes.

Pratique balnéaire. — Elle est souvent défectueuse. On baigne les patients à l'arrivée, longuement, souvent plusieurs fois par jour, sans avoir souci de la réaction consécutive. On abuse du bain sous prétexte de gagner du temps; on se préoccupe peu de l'état oculaire même, de l'irritation excessive des veilles, de la lumière, des poussières, etc.; et par une précipitation malentendue ou une négligence oculaire absolue, on compromet le résultat thérapeutique. Il importe de tenir grand compte de la réaction générale, très variable suivant les ophtalmiques. Le bord de mer suffit le premier jour. Le lendemain, un bain de quelques minutes, suivi de frictions cutanées et de massage musculaire direct, est donné à titre d'essai. S'il n'y a pas trop de lassitude, d'énervement ou d'insomnie, on continue un bain quotidien de cinq à dix minutes; et ce n'est que très exceptionnellement, chez les individus apathiques, athrepsiques ou surmenés, que l'on doit prescrire un bain matin et soir. Survient-il de l'exaltation anormale, les bains seront suspendus.

Le bain doit être total d'emblée, tête comprise, mais les yeux clos; s'il n'existe aucune irritation oculaire et si l'eau paraît absolument propre, on peut ouvrir les yeux sous l'eau à diverses reprises.

Dès que l'immersion complète est réalisée, on doit se livrer aux exercices de natation ou à des mouvements similaires; ne jamais attendre, sous l'eau, le frisson glacial. A la sortie, exercices divers ou mieux frictions cutanées et massage. Les enfants, tête couverte et pieds nus, peuvent rester au bord de la mer et se liver à leur jeux habituels.

La sieste au milieu du jour, sur la côte méditerranéenne,

Digitized by Google

semble utile, car elle repose au moment des grandes chaleurs et permet de profiter sans fatigue de la fraicheur du matin et du soir.

Quelques promenades ou excursions dans les environs, surtout en forêt, et une bonne alimentation variée complèteront l'hygiène thalassothérapique. Au point de vue local, il faut généralement suspendre tout traitement et se contenter de la toilette oculaire tiède avec de l'eau boriquée, de l'eau de tilleul, et d'un léger massage palpébro-lacrymal: exceptionnellement les topiques blépharo-conjonctivaux ou kératiques (pommade jaune, calomel, huile coconiée) pourront être continués.

Ophtalmies diverses. — Les bains de mer sont prescrits d'ordinaire chez les rachitiques, chez les lymphatiques, les asthéniques, les surmenés et en particulier chez les enfants affectés de blépharites, de conjonctivites, de kératites et d'iritis diverses. Ces ophtalmies relèvent d'un état général strumeux, d'un état régional (voies lacrymales, nez, pharynx, peau) défectueux et des infections oculaires mêmes à pneumocoques, staphylocoques et streptocoques.

Au point de vue général, elles sont susceptibles d'amélioration ou de guérison par la thalassothérapie, qui met l'organisme dans de meilleures conditions de nutrition et, partant, de résistance ou de défense.

Au point de vue régional et local, elles ne sont pas aggravées par l'excès de lumière, mais plutôt par les poussières de la plage.

La poussière, en effet, paraît très redoutable, car elle est impalpable et presque constante en certaines stations et d'une abondance excessive au moindre vent. Elle pénètre dans la bouche, les fosses nasales, la cavité conjonctivale, les voies lacrymales et agit, par ses éléments végétaux et minéraux, comme corps étranger. Les yeux sains sont

Digitized by Google

parfois irrités; les yeux malades présentent des poussées inflammatoires; beaucoup de blépharo-conjonctivites et de kératites sont certainement aggravées.

Le sable et le vent font, en effet, plus de mal aux ophtalmies que la vie marine ne fait de bien aux ophtalmiques. L'actif général paraît inférieur au passif oculaire et le bilan devient onéreux. Les plages sablonneuses et venteuses doivent être proscrites dans les ophtalmies. La thalassothérapie convient donc aux tuberculeux, strumeux ou lymphatiques; mais non aux ophtalmies consécutives ou concomitantes. Elle est utile dans des formes torpides, chroniques ou atténuées, mais nuisible dans les formes aiguës ou subaiguës.

Les ophtalmies torpides sont amendées; les ophtalmies chroniques sont tantôt améliorées et tantôt aggravées ; quant aux ophtalmies subaiguës ou aiguës, elles sont presque toujours exacerbées [1]. C'est d'une observation constante. Il importe d'ailleurs de ne pas oublier que l'action thalassothérapique est surtout générale et que la thérapeutique locale dans les ophtalmies est absolument prédominante. Modifier, fortifier l'économie, c'est bien, mais à longue portée; modifier, désinfecter l'air et les annexes, c'est mieux et à brève échéance. On ne saurait promptement transformer le terrain morbide, mais on peut rapidement détruire la graine microbienne.

Dans ces conditions, on comprend qu'il ne faut envoyer à la mer que les ophtalmiques guéris ou torpides, ayant subi un traitement oculaire approprié et que la thalassothérapie en oculistique n'est que le complément du traitement médico-chirurgical.

[1] Si les ophtalmies torpides se trouvent bien des stations marines, les formes irritatives s'accommodent généralement des climats d'altitude, et l'on peut résumer leurs indications respectives en disant : aux formes torpides, la mer; aux formes irritatives, la montagne. Nous reviendrons plus tard sur ce point.

Digitized by Google

En résumé, les bains de mer sont utiles en oculistique et méritent toujours la confiance thérapeutique du public et des médecins; mais ils présentent, à côté des indications classiques, des contre-indications formelles.

Il faut les réserver aux nutritions languissantes et aux ophtalmiques guéris, torpides ou rebelles, et les interdire aux nutritions exagérées, aux nerveux, aux cas aigus ou subaigus.

On doit choisir autant que possible les plages peu sablonneuses et abritées des vents.

Les bains seront de courte durée, suivis de frictions et de massage et mesurés à la réaction générale, nerveuse ou oculaire des patients

La thalassothérapie s'adresse surtout à l'état général et n'est que le complément prophylactique ou curatif du traitement ophtalmique.

LEÇON D'OUVERTURE

DU

COURS D'HYGIÈNE

FAITE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Le 6 Mars 1903

Par H. BERTIN-SANS

(*Suite.* — Voir n° 18, pag. 449).

Le moindre coup d'œil, jeté sur les rapports de ce que nous venons d'appeler les modificateurs sanitaires avec le détail ou l'ensemble de nos organes, suffit à montrer que la règle de ces rapports, c'est plutôt l'harmonie, et que la discordance d'où résultent la maladie et la mort n'est que

Digitized by Google

l'exception. Quel que soit celui de ces facteurs vitaux que nous interrogions, nous le verrons répondre à cette manière de voir, si bien que l'agent le plus manifestement opposé à la vie d'un organisme pourra, dans certains cas, lui devenir utile, et que les plus indispensables en apparence au maintien de ses évolutions normales pourront, à leur tour, se transformer en agents de maladie et de mort.

Il est d'abord facile de montrer que les soutiens les plus nécessaires à la vie ne sont pas pour elle des amis à fidélité inébranlable. Et d'abord les agents physiques, tels que pression, chaleur, lumière, si évidemment indispensables à l'évolution de notre existence, ne peuvent-ils devenir, par une simple modification dans l'intensité de leur action, la cause suffisante des désordres les plus graves? L'aliment dont notre croissance, l'entretien de notre charpente, notre travail mécanique, ne sauraient se passer, ne peut-il constituer par son excès, par la proportion défectueuse de ses principes, sans parler ici de ses altérations, ni des germes pathogènes auxquels il sert souvent de véhicule, la cause incontestable d'une foule de maladies de nutrition? et l'air lui-même ou mieux l'oxygène, ce pain plus que quotidien de notre hématose, cet aliment indispensable de toute respiration, que le poisson retire de sa solution aqueuse et que le microbe anaérobie emprunte à ses combinaisons réductibles, ne peut-il, comme nous l'a montré Paul Bert, se transformer par son excès même d'agent vivifiant en véritable poison?

Et il n'est pas, d'autre part, moins aisément démontrable que l'ennemi en apparence le plus irréconciliable de notre organisme peut, en certains cas, devenir au contraire un protecteur de son existence et un soutien de sa santé. Nous n'avons ici, pour appuyer cette proposition, que l'embarras du choix entre les exemples. Le poison le plus énergique ne peut-il être, n'est-il pas souvent en fait un remède efficace contre les maladies, un auxiliaire puissant de la vie? L'ar-

Digitized by Google

senic, que Fonssagrives considère comme un des toxiques les plus redoutables en même temps qu'un des médicaments les plus précieux, l'arsenic qui nous paralyse et nous tue, n'est-il pas consommé par les paysans de la Styrie et du Tyrol par exemple, à titre de moyen hygiénique? et, bien mieux encore, ce terrible poison, utilisé depuis des siècles pour se débarrasser promptement d'un concurrent ou d'un ennemi, ne vient-il pas d'être reconnu par Armand Gautier, à la suite de curieuses et intéressantes observations, comme un élément constitutif des tissus chez tous les êtres vivants? Sans arsenic, conclut le savant Académicien, pas de vie possible, et, en agissant comme puissant excitateur des sensations et de la reproduction, ce pourvoyeur de la mort devient un des grands dispensateurs de la vie.

Aucun des grands poisons industriels n'échappe à ce double rôle d'être à la fois utile et nuisible. Ainsi le phosphore, qui a été pendant si longtemps l'une des graves préoccupations de l'hygiène professionnelle, fait partie essentielle de nos tissus, notre organisme s'en alimente abondamment sous la forme de phosphate, et sans lui s'anéantirait dans le cerveau non pas l'âme sans doute, comme l'a dit Moleschott, mais peut-être la pensée.

Et si nous envisageons ensuite cette multitude d'assaillants animés, dont le nombre incalculable et l'infinie petitesse rendent pour nous la toxicité d'autant plus dangereuse, n'avouerons-nous pas que ces micro-organismes, auxquels nous devons tant de contagions morbides et d'infections mortelles, sont des ennemis avérés et irréconciliables de notre race? Eh bien non, ici même on trouve plus de désaccord que d'hostilité. Certes le vibrion du choléra, la bactéridie charbonneuse, les bacilles de la tuberculose, de la fièvre typhoïde ou de la diphtérie, les légions en un mot des germes pathogènes, ne peuvent être considérés comme des amis de notre espèce, et nous ne trouvons qu'un défaut

Digitized by Google

aux armes qu'on leur oppose, c'est de ne pas être assez meurtrières; mais si pourtant nous prenons les faits à leur origine, si nous remontons la filiation obscure de ces causalités encore mal définies, nous voyons d'abord qu'il n'y a pas incompatibilité absolue entre la race microbienne et la nôtre. Il est aujourd'hui en effet de notion vulgaire que beaucoup de microbes sont pour nous des aides précieux, qu'ils travaillent par exemple pour nous dans la fabrication de nombreux aliments, tels que le pain, la bière, le vin et les divers produits de fermentation, qu'ils deviennent même parfois nos plus puissants auxiliaires dans la lutte que nous devons engager contre certains de leurs congénères, comme vous en offrent des exemples cette membrane bactérienne sans laquelle nos meilleurs filtres n'opposeraient aux germes pathogènes qu'une barrière facilement franchissable, ou cette épuration des eaux d'égout par action anaérobie et aérobie, dans ces fosses septiques, et ces lits bactériens dont l'usage commence à se répandre en Amérique et en Angleterre et dont Calmette s'est fait en France un ardent défenseur: Mais, mieux encore, ne sont-ils pas les agents indispensables de cette épuration spontanée du sol, de cette dégradation de la matière organique, de ce merveilleux phénomène que nous utilisons depuis longtemps déjà dans nos champs d'épandage et qui, sur toute la surface du globe, permet aux produits usés de la vie d'être repris par la végétation et de rentrer ainsi dans la circulation incessante de la matière; si bien que nous pouvons dire avec Duclaux: « S'il y a encore des êtres vivants sur la terre, si depuis les centaines de siècles que ce monde est habité, la vie s'y poursuit, c'est aux microbes qu'on le doit. »

Sans doute l'existence de microbes utiles ne contredit pas celle des nuisibles; mais la différence entre les uns et les autres est-elle si tranchée qu'on puisse ainsi nettement distribuer entre eux leurs responsabilités à notre égard?

Digitized by Google

N'oublions pas que ces êtres infimes se trouvent au point de départ même de l'organisation qui constitue la vie, au point de départ de ces générations successives dont les évolutions progressives arriveront à créer jusqu'aux échelons les plus élevés des deux règnes vivants, et que, si l'on est en droit, avec Clémence Royer, de faire descendre l'espèce humaine elle-même d'une cellule primitive, il est à plus forte raison légitime de ne placer aucune barrière absolue et radicale entre les divers types de ces premiers représentants de la matière vivante. Prenons le bacille typhique par exemple, et considérons qu'en cette qualité il soit pour nous un incontestable ennemi, mais le bacille typhique est-il toujours typhique ? ses analogies avec le coli-bacille, l'existence de toute une série de races intermédiaires, ne permettent-elles pas de supprimer comme le veut l'Ecole Lyonnaise toute ligne de démarcation entre l'hôte saprophyte de notre intestin et l'agent pathogène de la fièvre typhoïde? Et si nous nous plaçons à un autre point de vue, ne savons-nous pas qu'un même microbe pathogène peut,suivant les conditions dans lesquelles il se trouve, se cultive, se multiplie, perdre de sa virulence à ce point que nous puissions l'utiliser à nous conférer l'immunité contre les atteintes de ses semblables non atténués? Et ne pouvons-nous pas encore admettre qu'un microbe virulent peut ne devoir sa nocivité qu'à des circonstances de milieu indépendantes de lui, de telle sorte que, sans être en principe un ennemi de notre race, il le deviendrait dans des conditions particulières constituant elles-mêmes une dérogation à l'harmonie préalable des espèces. Cette supposition n'est pas d'ailleurs une pure conception de l'esprit ; depuis que Pasteur a montré que les poules ne sont accessibles aux cultures virulentes de bactéridies charbonneuses qu'à la condition d'avoir été préalablement refroidies, c'est-à-dire placées dans un état de réceptivité anormal ; depuis que l'on a constaté la présence

Digitized by Google

de bacilles de la diphtérie, de vibrions cholériques, de pneumocoques et de bien d'autres germes virulents dans la flore microbienne de personnes saines; depuis enfin que l'on a attiré l'attention sur le rôle important des associations microbiennes, nombreux sont les faits qui sont venus lui prêter leur appui; et l'on peut bien dire, suivant la formule de Bouchard et de son École, qu'en matière de maladies infectieuses, on ne devient guère malade que lorsqu'on n'est pas tout à fait bien portant.

Ainsi donc, la discordance entre nos organismes et les excitants extérieurs n'est ni aussi constante, ni aussi absolue qu'on veut bien le proclamer, et le but primordial que l'hygiéniste devrait se proposer, ne serait pas d'armer l'économie contre des adversaires irréconciliables, mais plutôt d'établir les lois qui président à leurs relations harmoniques. De même qu'entre des personnes ou des sociétés étrangères les unes aux autres, de bons ou de mauvais rapports peuvent amener l'entente ou la discorde, la paix ou la guerre, ainsi entre les forces de la nature et les organismes qu'elles circonviennent peuvent exister des contacts normaux qui président aux manifestations hygides de la vie, ou se produire des chocs accidentels qui entraînent les troubles de la santé. C'est à l'hygiéniste de maintenir les uns ou d'éviter les autres.

En comprenant de cette façon l'œuvre de l'hygiène, on pourrait la considérer comme une règlementation des rapports qui doivent exister entre les êtres et les forces de la nature et l'assimiler pour ainsi dire, la réduire si l'on veut, à une simple question de savoir vivre.

La réalité des choses, il faut bien le reconnaître, ne répond pas toujours à cette conception un peu trop spéculative; les moyens de rétablir l'entente primordiale seront bien souvent hors de notre portée, et l'anéantissement direct de l'agent pathogène constituera plus d'une fois notre seule ressource.

Digitized by Google

Mais, qu'il s'agisse de savoir vivre ou de lutte pour la vie, le travail qui s'impose à l'hygiène n'en est pas moins nettement tracé par les données désormais connues du problème à résoudre. Il y a lieu d'abord de considérer en eux-mêmes les divers modificateurs sanitaires pour bien connaître ces facteurs de santé ou de maladie avec lesquels il va y avoir à traiter pour la concorde et pour la paix. Puis il faudra les considérer dans leurs contacts avec l'organisme vivant, pour établir comment ils lui sont avantageux ou nuisibles, et, ces prémisses posées, l'hygiène complètera son œuvre de sauvegarde et de préservation en tirant d'elles les conclusions de nature à réaliser son programme, qui est, comme nous l'avons dit en commençant, de conserver, d'améliorer, de perfectionner la santé et de prolonger l'existence.

C'est alors que l'hygiéniste, ce collègue du médecin dans les Facultés de Médecine, va se détacher de ses premiers collaborateurs, s'affranchir de la tutelle médicale et travailler en sens inverse et par des procédés tout différents à l'élaboration, à l'enseignement, à l'application d'une science, d'un art plutôt pour être exact, qui sera désormais l'opposé, l'antagoniste en quelque sorte de l'art médical, puisqu'au lieu de s'attacher à guérir les maladies, il mettra tous ses efforts à les prévenir. Dans la poursuite efficace de cette entreprise de protection sanitaire, il faudra que l'hygiéniste s'assimile une foule de notions, se livre à une multitude de recherches qui n'ont plus rien de commun avec la pathologie ou la thérapeutique. Ecoutez plutôt, à ce sujet, l'un des maîtres les plus autorisés en fait d'enseignement et d'application de l'art sanitaire : « La véritable clinique de l'hygiéniste, nous dit Vallin dans son article sur l'*Etat actuel de l'hygiène en France*, n'est pas au lit du malade, elle est dans la fréquentation des établissements insalubres, dans l'étude des localités où vient d'éclater une épidémie, afin de diagnostiquer la cause et l'origine de celle-ci et d'indiquer les mesu-

Digitized by Google

res capables de la faire cesser, dans les visites fréquentes aux logements insalubres, aux services d'eau, aux hôpitaux d'isolement, aux vacheries, aux abattoirs, aux halles, aux opérations et étuves de désinfection. L'hygiéniste scientifique, en dehors de ces visites, doit vivre dans le laboratoire, pratiquant des expertises, entreprenant des recherches d'hygiène expérimentale ».

Pour connaître d'ailleurs en eux-mêmes, pour observer dans leurs relations avec notre économie les modificateurs sanitaires et particulièrement leurs divers groupements naturels qui constituent les milieux effectifs d'influences où se trouve placé l'être humain aux diverses époques de sa vie, dans les conditions complexes de son habitat, sur les divers champs de son activité, l'hygiéniste devra s'être profondément initié aux sciences les plus diverses; il devra naturellement les connaître dans leur ensemble pour en utiliser toutes les indications sanitaires.

Oui, pour accomplir toutes les aspirations actuelles de l'hygiène, il faudrait s'être initié à toutes les branches du savoir humain. Ne vous effrayez pas, Messieurs, de l'ampleur de ce programme, aspirer à la perfection n'est pas s'obliger à l'atteindre, et il ne faut pas négliger de la poursuivre parce qu'on juge impossible de la réaliser. Je ne demande d'ailleurs à l'hygiéniste que d'avoir des notions suffisantes sur l'ensemble de nos connaissances, pour qu'il puisse servir de trait d'union à cette collaboration de toutes les sciences au profit de la santé générale. A l'édification du monument immense que représente l'hygiène ainsi comprise, des entrepreneurs de salubrité, venus de tous les corps d'état scientifique, travailleurs de toutes les catégories, médecins et physiologistes, chimistes et physiciens, bactériologistes et géologues, architectes et ingénieurs, économistes et législateurs, offrent de faire participer leurs matériaux et leur savoir; modeste utilisateur de tous ces savants concours,

Digitized by Google

l'hygiéniste n'a besoin de s'approprier leurs connaissances techniques que pour faire utilement appel à leur intervention et coordonner leurs travaux en vue du but à atteindre. « C'est lui, pourrait-on dire avec Vallin, qui doit conserver l'hégémonie de toutes ces compétences ; il ne doit être étranger à aucune, car lui seul peut en faire une application sagace et contrôlée à cette science essentiellement complexe, l'hygiène ».

C'est dans ce rôle, offrant plus d'utilité que de prestige, que l'hygiéniste d'aujourd'hui est en mesure de rendre les plus grands services. L'hygiène, jusqu'à nos jours, se bornait à une contemplation presque platonique des modificateurs sanitaires ; elle se mouvait comme l'ancienne Médecine à la suite d'Hippocrate, dans le cercle étroit que lui avaient depuis longtemps assigné Celse et Galien. L'étude spéculative des *circumfusa,* des *applicata,* des *percepta,* des *ingesta* et des divers agents physiques ou autres qui intéressent isolément la santé et la vie, formait tout son domaine. Abandonnant cette dogmatique en quelque sorte passive et sans initiative, l'hygiène actuelle est descendue dans l'arène des applications utilitaires et s'est mise à l'œuvre pour régulariser ou réprimer les influences antisanitaires dans leurs manifestations effectives, telles que les offrent en réalité les circonstances de la vie humaine et les conditions de ses milieux.

Un exemple, entre tant d'autres, va nous servir à montrer comment se présente dans ses détails, aux prises avec les nécessités complexes de certaines protections sanitaires, cette œuvre pratique d'étude, de défense et de sauvegarde.

Tant que l'on a cru pouvoir juger de la potabilité d'une eau de source par sa composition chimique ou même par sa richesse microbienne, on s'est contenté d'analyser cette eau à son point d'utilisation ou à son point d'émergence. Mais on s'est rendu compte depuis peu que l'analyse chi-

Digitized by Google

mique, que la numération des microbes, si elles étaient utiles, étaient pourtant insuffisantes, qu'il fallait se préoccuper bien plus de la nature de ces derniers que de leur nombre, et qu'il ne suffisait même pas de constater l'absence de germes dangereux dans une eau à un moment donné, pour que l'innocuité de celle-ci fût certaine dans le passé et garantie pour l'avenir. On en est donc venu aujourd'hui à se préoccuper des conditions d'alimentation des sources utilisées par les agglomérations urbaines.

Les sources n'étant que la réapparition à la surface d'eaux superficielles plus ou moins bien filtrées pendant leur trajet à travers le sol, on a compris qu'il fallait, pour être bien fixé sur la valeur sanitaire de ces sources ou sur les chances plus ou moins grandes de pollution qu'elles présentent, rechercher les points d'où provenaient les eaux qui contribuaient à les former et étudier la longueur du trajet ainsi que la largeur des voies parcourues par ces eaux depuis leur point de pénétration dans le sol jusqu'à leur point d'émergence. C'est grâce à l'étude géologique du sol, grâce à l'observation des variations de débit et de température des sources, grâce à la comparaison des résultats fournis à diverses époques par l'analyse chimique et bactériologique de l'eau, grâce surtout à l'emploi de matières colorantes ou de microbes inoffensifs, qu'on peut obtenir sur ce point des indications plus ou moins précises et que l'on sait aujourd'hui se rendre compte de la proportion d'eaux parfaitement et imparfaitement filtrées dont le mélange constitue une source donnée, proportion qui intervient bien plus pour l'appréciation de la valeur hygiénique de cette source qu'un simple degré hydrotimétrique ou qu'un nombre plus ou moins détaillé de microbes.

C'est à une étude de ce genre que vient de se livrer la ville de Paris pour les sources de l'Avre, de la Vanne, de la Dhuis, du Loing et du Lunain, qui l'alimentent en eau potable. Les résultats en ont été des plus instructifs, tant par les indica-

Digitized by Google

tions qu'ils ont fournies sur la constitution de ces sources que par les mesures de prophylaxie dont ils ont été le point de départ. On a trouvé, en effet, dans une partie des bassins d'alimentation de ces sources, des terrains calcaires percés comme une écumoire de mardelles et de bétoires, sortes de failles ou de cavernes, dues à l'affouillement et à l'effondrement des couches superficielles du sol sous l'influence de l'action dissolvante des eaux qui les traversent. On a constaté que certaines de ces mardelles, certains de ces bétoires, recevaient des eaux souillées par les divers résidus de la vie humaine, eaux de surface ayant coulé sur des terrains habités, eaux de lavoirs, infiltrations de puisards absorbants, etc., etc.; on a pu s'assurer, d'autre part, à l'aide de fluorescéine ou de levure de bière versées dans ces bétoires ou ces mardelles et retrouvées au bout d'un temps plus ou moins court au point d'émergence des sources, que ces eaux souillées venaient contribuer à l'alimentation de ces sources sans avoir subi à travers le sol une filtration suffisante.

La possibilité de le pollution de l'eau souterraine une fois démontrée, les points par lesquels pouvait s'effectuer cette pollution une fois déterminés, il fallait se préoccuper de parer au danger qui menaçait constamment ainsi la population parisienne. Partout où l'on a pu, on s'est mis à combler les bétoires, à modifier le sol par l'apport de couches nouvelles, à supprimer les puisards absorbants, à détourner des gouffres où elles allaient se perdre les eaux usées des villages et des hameaux, pour les conduire par des canalisations étanches en des points tels qu'il ne leur fût plus possible d'arriver à la nappe souterraine sans subir, au préalable, une filtration suffisante. Mais de tels travaux sont forcément de longue durée ; on ne pouvait d'ailleurs espérer parvenir ainsi à supprimer complètement ou définitivement le danger: La filtration qui arrête ici, aujourd'hui, les germes patho-

Digitized by Google

gènes peut, dans un avenir plus ou moins rapproché, ne plus être efficace en raison de l'élargissement progressif des pores de ce sol calcaire par l'eau qui les traverse. On a donc organisé un service de surveillance locale et médicale des sources captées pour l'alimentation de Paris. Ce service, créé par un arrêté du Préfet de la Seine, en date du 14 mai 1900, et dont la direction a été confiée au Dr A. J. Martin, le savant inspecteur général de l'assainissement de la Ville de Paris, a pour but, non plus d'arrêter par une barrière plus ou moins infranchissable mais de détruire, à leur point de départ, les germes dangereux. On a dû, pour cela, s'assurer le concours de 45 médecins exerçant dans le périmètre d'alimentation des sources surveillées. Dès qu'un cas de maladie transmissible par la voie hydrique arrive à la connaissance de l'un de ces médecins, celui-ci en prévient téléphoniquement la Direction du Service à Paris, et des mesures prophylactiques appropriées sont aussitôt régulièrement prises afin de détruire les germes de transmission sur les linges, dans les selles et le logement du malade et afin d'éviter ainsi, autant que possible, la contamination du sol et des eaux. Quoique ce service n'eût pas encore les pouvoirs que lui confèrent les articles 10 et 28 de notre nouvelle loi sanitaire relatifs à la protection des sources, il a pu cependant, grâce au dévouement de son Directeur et à la bonne volonté de tous, fonctionner dès 1901, et la coïncidence observée cette même année entre son organisation et la diminution des décès par fièvre typhoïde à Paris (343 en 1901, contre 867 en 1900), si elle ne peut raisonnablement être encore considérée comme concluante, n'en doit pas moins être regardée cependant comme très encourageante au point de vue de l'efficacité des mesures prises.

(A suivre).

Digitized by Google

LE MOIS MÉDICAL

(Avril 1903)

Nons avons à enregistrer la mort du docteur Laborde, chef des travaux pratiques de physiologie à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, inventeur du procédé des tractions rythmées de la langue dans le traitement de la mort apparente.

Le mois d'avril a été marqué par deux Congrès.

A Biarritz, du 19 au 21 avril, s'est tenu le *III^e Congrès international de Thalassothérapie*, où l'on a discuté : sur l'influence du séjour au bord de la mer et du traitement marin en général sur l'appareil cardiovasculaire (Huchard et Fiessinger) ; sur les effets de la cure marine au point de vue de la généralisation de la tuberculose (Lalesque) ; sur les effets du climat marin et des bains de mer sur les phénomènes intimes de la nutrition (Alb. Robin). Le prochain congrès de thalassothérapie se tiendra en 1906, à Abbazzia (Autriche).

A Madrid, du 23 au 30 Avril, se sont tenues les assises du *XIV^e Congrès international de Médecine*, où se réunirent 7.000 congressistes, dont 3 500 espagnols. Congrès surtout Latin, où furent lus 67 rapports Espagnols, 61 Italiens, 29 Français, pour 7 Allemands, 4 Américains ; enfin 2 rapports seulement pour les Autrichiens, Anglais, Scandinaves, et 1 rapport pour les Suisses, Belges, Hollandais, Danois, Russes (Presse médicale. p. 326). Bien hétéroclite collaboration pour ces derniers !

Les Sociétés françaises ou étrangères contiennent peu de faits remarquables, peu de discussions à grand retentissement, et il serait difficile de donner pour chacune d'elles, la note dominante. Il faut se contenter de les passer rapidement en revue en énumérant les plus importantes questions traitées.

A l'Académie de Médecine, Fournier (31 mars) revient sur la question des rapports de la maladie de Paget et de l'hérédo-syphilis, et confirme les données de M. Lannelongue.

Digitized by Google

M. Chauffard (7 avril), dans un rapport sur les injections de sérum gélatiné, relève 17 cas de tétanos connus à l'heure actuelle et provoqués par ces injections. Il met en garde contre leur emploi et contre la provenance souvent impure des gélatines servant à leur préparation. M. Gley a montré d'ailleurs que ces gélatines contenaient une forte proportion de chlorure de calcium (2 à 5 °/₀) et que, lorsqu'on les injectait après les en avoir débarrassées, leurs facultés coagulantes diminuaient beaucoup Le pouvoir coagulant de la gélatine tiendrait en partie à son acidité, en partie au chlorure de calcium contenu, peut-être aussi à une action mécanique mal définie (Soc. de biologie, 4 avril).

A l'Académie des Sciences, Charrin et Delamarre étudient les défenses de l'organisme des nouveau-nés (23 mars) ; fonction sudorale rudimentaire et troublant la thermogenèse ; mucus protecteur peu abondant, manquant dans les dernières parties de l'iléon, et ne recouvrant que le sommet des villosités intestinales, facilitant la résorption des toxines ; déficit diastasique (trypsine) ; déperdition calorique considérable nécessitant un surmenage cellulaire, amenant l'hypothermie, la diminution de l'alcalinité humorale, toutes causes de diminution de la résistance vitale.

Sabrazès et Muratet (20 avril) montrent que l'iodophilie qu'ils ont constatée, dans les leucocytoses polynucléaires des infections banales, ne leur est pas propre, et peut se rencontrer dans les leucocytoses aseptiques, telles que celles produites par les injections de térébenthine.

Griffon (10 avril), à la *Société anatomique*, montre la présence fréquente du Bacille de Koch parmi les éléments cellulaires du culot de centrifugation, dans le liquide céphalo rachidien des méningites tuberculeuses.

La *Société médicale des hôpitaux* donne quelques communications intéressantes :

Hirtz et Louste (3 avril) obtiennent des résultats curatifs tout à fait remarquables dans certaines manifestations hystériques (contractures, paralysies), par des inhalations de nitrite d'amyle, qui, selon eux, lèveraient un angiospasme, base physiologique des troubles améliorés.

Achard et Grenet (17 avril) reprennent et précisent la question

Digitized by Google

des injections d'air stérilisé dans les cas d'épanchements pleuraux. Celles-ci amènent la disparition rapide des accidents de décompression (toux, douleurs thoraciques, etc...), facilitent le diagnostic radioscopique entre l'abcès du foie et la pleurésie purulente, et se montrent réellement curatives (Vaquez) dans les pleurésies récidivantes.

Sainton et Jousset (17 avril) ont observé chez une chlorotique une phlébite nettement infectieuse due à un staphylocoque très virulent. Ce fait éclaire l'histoire des infections secondaires chez les chlorotiques.

Babinski (24 avril) signale les heureux résultats qu'il a obtenus par la ponction lombaire dans le traitement de certaines affections de l'oreille (lésions labyrinthiques).

Audry (20 avril), à la *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, rapporte quelques faits propres à établir la nature syphilitique du tabes (effets du traitement spécifique; coexistence de manifestations syphilitiques).

Milian publie une statistique concernant l'examen du liquide céphalo-rachidien des tabétiques. La lymphocytose se rencontre surtout dans les cas à symptomatologie étalée; elle n'est en rien influencée par le traitement spécifique, preuve que l'irritation méningée qu'elle traduit est para-syphilitique.

A la *Société de Neurologie* (2 avril), Widal, Sicard et Ravaut, d'une part, G. Guillain et V. Parant, de l'autre, indiquent la présence d'albumine dans le liquide céphalo-rachidien et au cours de certains processus méningés chroniques (paralysie générale, tabes). Guillain et Parant montrent que la globuline y existe normalement (précipitée par chaleur, et surtout par sulfate de magnésie à froid); mais que, à l'état pathologique, il s'y adjoint de la sérine, qui précipite à chaud après séparation préalable de la globuline par le sulfate de magnésie.

A l'Etranger, la Société de médecine Berlinoise poursuit l'étude de la maladie de Barlow, et (18 mars) Westenhöffer relate un fait de transmission de la tuberculose humaine à un veau; la Société de médecine interne s'occupe des applications du sérum antistreptococcique, soit à la scarlatine, soit au rhumatisme chronique fibreux, dans lequel il paraît produire des effets très favorables.

Digitized by Google

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

Séance du 27 Mars 1903

(Suite et Fin)

Sur l'emploi de la radiographie en chirurgie dentaire

Par G. Schwartz, Chirurgien-dentiste de la Faculté de Médecine de Paris

Ces jours derniers, un malade est venu me consulter à ma clinique gratuite, présentant un phlegmon de la joue gauche. C'était un homme de 35 ans, arrivant de Paris, où il venait de passer quelque temps, et où ce phlegmon avait évolué.

Un matin, sans que rien l'eût fait prévoir, il ne peut presque plus ouvrir la bouche, et il s'aperçoit d'un commencement de fluxion à la joue gauche. Quelques jours après, l'état restant stationnaire, il se rend à la Pitié, où on l'examine et où on porte le diagnostic de phlegmon dû à l'évolution vicieuse de la dent de sagesse inférieure.

On lui propose de faire une opération, mais pour plus de sûreté on l'envoie à Lariboisière afin de le faire radiographier.

On examine le cliché, et l'interprétation consiste en ceci : troisième grosse molaire inférieure (ou *dent de sagesse*), évoluant juste au-dessous de la deuxième grosse molaire inférieure.

Mais il refuse d'être opéré, revient à Montpellier et je l'examine.

Je trouve d'abord du trismus laissant à la bouche une ouverture d'un centimètre à peine ; au bas de la joue, vers l'angle du maxillaire, un empâtement considérable, dur, sans fluctuation aucune et indolore.

J'ouvre la bouche avec un écarteur, ce qui me permet de voir, du côté du système dentaire, une deuxième grosse molaire inférieure sans carie mais à pulpe morte, et du côté de la gencive une simple petite fistule presque au niveau du collet.

Je sonde la partie gingivale comprise entre la face postérieure de la GMIG et la branche montante du maxillaire, et il me semble toucher un corps dur, résistant semblable à celui d'une couronne de dent.

Digitized by Google

Après cet examen je me trouvais très perplexe. Deux faits me faisaient pencher à croire à l'évolution vicieuse de la dent de sagesse : 1° L'assurance donnée par la radiographie à Paris ; 2° La mortification de la pulpe de la GMIG, paraissant venir d'un traumatisme suscité par la pression de la dent de sagesse, et non par une carie.

D'un autre côté, cette sensation d'un corps dur à la sonde, à la place normale que devait occuper la dent de sagesse, m'incitait à penser qu'elle n'évoluait pas en dessous de la dernière grosse molaire.

Je priai alors M. le professeur Imbert de faire une radiographie du maxillaire du malade. Il fit une première épreuve assez bonne pour pouvoir distinguer toutes les dents. Mais, comme l'interprétation nous laissait quelques doutes à cause de la projection sur la plaque du côté droit du maxillaire, nous recommençâmes une deuxième épreuve en plaçant entre les deux petites molaires du côté gauche une boulette de papier d'étain, devant nous servir de point de repère.

Cette seconde épreuve nous permit de voir assez nettement la position respective de chaque dent et de nous assurer que la dent de sagesse incriminée était dans sa position normale, entre la branche montante du maxillaire et la deuxième GMIG, et qu'elle était recouverte d'un capuchon épais de gencive ou d'une lamelle de tissu osseux.

Muni de cette indication, je fis l'ablation de la GMIG qui avait occasionné la fistule et je débridai les tissus recouvrant la dent de sagesse. Je prescrivis des émollients et des antiseptiques et je revis le malade 12 jours après ; le trismus avait sensiblement diminué ainsi que l'induration externe.

Il ressort, du cas que je viens de relater et qui est fréquent, plusieurs enseignements.

D'abord l'utilité des rayons X pour la chirurgie dentaire ; ensuite l'inutilité des opérations chirurgicales par la voie externe.

La radiographie a été déjà employée plusieurs fois dans des cas d'évolution dentaire produisant des accidents. J'en connais deux exemples assez curieux. Le premier était un malade du docteur Beltromi, de Marseille, qui souffrait d'une névralgie faciale depuis plus d'un an. Cette névralgie avait résisté à tous les traitements et à toutes les médications. Le malade se plaignait de douleurs intolérables vers l'aile gauche du nez au-dessus de la fossette canine.

Digitized by Google

L'idée lui vint alors que le système dentaire n'était peut-être pas étranger à ces douleurs. Le Dr Beltromi l'examina, ne trouva rien d'anormal aux dents, mais devant l'insistance du malade, il eut l'idée de faire la radiographie du maxillaire supérieur. Quelle ne fut pas sa surprise de voir sur le cliché une dent surnuméraire incluse dans l'épaisseur de l'os au niveau de la fossette canine, au-dessus des racines de la petite incisive et de la canine.

On fit l'ablation de ces deux dents, et par le fond des alvéoles, on parvint à extraire la dent surnuméraire, qui présentait une anomalie de forme, mais qui était normale quant aux tissus.

La névralgie faciale fut supprimée dès ce moment et ne reparut plus.

Un autre cas plus banal est arrivé à Nice. Il s'agissait d'une sinusite du maxillaire qui traînait depuis plusieurs mois et qui commençait à s'aggraver.

Le médecin qui soignait le malade avait sondé attentivement le sinus par la voie alvéolaire sans avoir remarqué autre chose d'anormal qu'un écoulement de pus fétide. Il l'envoya chez un dentiste pour avoir des renseignements sur l'état de la dentition du malade, et le dentiste, après l'avoir minutieusement interrogé, acquit la certitude qu'une extraction avait été faite, il y avait six mois d'une première GMSD, extraction très pénible pendant le cours de laquelle une racine avait dû se briser.

Il fit radiographier le malade et on aperçut dans l'intérieur du sinus même une racine assez forte qui entretenait la suppuration. — On ouvrit largement la base du sinus, on enleva le corps étranger, on fit faire de nombreux lavages à l'eau oxygénée, et l'empyème disparut quelques semaines après.

Voilà donc deux exemples qui démontrent la grande utilité des rayons X en chirurgie dentaire. Sans la radiographie, ces deux malades auraient été abandonnés ou auraient subi des opérations nécessitant des délabrements et des pertes de tissus très importantes.

Le second enseignement que l'on tire du premier cas que j'ai cité est l'inutilité des opérations par la voie externe.

J'ai été appelé à voir souvent des accidents consécutifs à l'évolution de la dent de sagesse, ou à une simple nécrose de la pulpe d'une dent, occasionnant des phlegmons diffus des adénophlegmons, des nécroses du rebord alvéolaire, et des ostéo-myélites des maxillaires.

Digitized by Google

Dans tous les cas que j'ai eu à soigner il n'a jamais été nécessaire d'intervenir par la voie externe, et je voudrais vous démontrer que cela n'est pas indispensable.

Les accidents consécutifs à l'éruption de la dent de sagesse relèvent de deux facteurs principaux :

1° Obstacles dus aux parties molles ou aux parties dures ;

2° Infection putride locale

Entre 18 et 25 ans, époque où la dent apparaît normalement, les gencives sont plus épaisses et naturellement plus résistantes que dans le jeune âge ; si cette résistance est exagérée, il en résultera des troubles locaux particuliers.

Mais les difficultés tiennent souvent aussi aux parties dures. La molaire inférieure de sagesse reste longtemps emprisonnée dans la branche montante du maxillaire, dont on connaît l'épaisseur.

L'insuffisance du développement de ce maxillaire est, dans la majorité des cas, la cause des accidents, car on constate sur nombre d'adolescents que la branche montante touche presque la deuxième molaire sans qu'il y ait la place nécessaire pour loger la troisième.

C'est le plus souvent cet espace qui est insuffisant et non la dent qui est trop volumineuse. Or, cet espace, qui n'existe pas au moment de l'éruption de la deuxième molaire, c'est-à-dire vers 12 ans, ne se forme que par un travail de résorption graduel du bord antérieur de la branche montante.

Si ce travail est entravé ou ne s'accomplit pas, on s'explique ainsi que le germe de la dent subisse tantôt une atrophie régressive, parfois une hyperplasie de quelques-uns de ses éléments, une perversion de forme, une erreur de siège, de direction.

Même sans malformation, sans qu'il y ait siège vicieux ou direction anormale, la poussée ascendante suffit seule, par suite de la résistance des tissus, à donner lieu à des désordres assez graves, variant selon les conditions locales et l'état général du sujet.

Il est vrai que cette théorie a été combattue par Cornudet et Redier, qui font remarquer que parfois les accidents se déclarent alors que la place ne fait pas manifestement défaut et que l'expansion forcée de la dent serait contraire à ce fait physiologique : un organe en voie d'évolution s'atrophie s'il est soumis à une compression prolongée.

Les accidents seraient donc dus, à leur avis, à une véritable infection putride locale.

Digitized by Google

A la mâchoire inférieure, la fibro-muqueuse adhère faiblement à l'os. Au moment où la dent de sagesse la perfore, cette muqueuse se décolle et il en résulte une cavité située entre la partie inférieure de la gencive et la périphérie de la dent. Tous les agents infectieux de la bouche séjournent alors sous ce capuchon muqueux.

Cette muqueuse, qui est déjà fortement enflammée, finit par s'ulcérer, le pus se forme, s'écoule dans la bouche ou se collecte dans la partie inférieure de la face ; d'où retentissement sur le système lymphatique avoisinant et sur les os.

De plus, pour aggraver la situation, la dent, séjournant dans un milieu septique, s'altère et se carie.

Si l'inflammation gagne par contiguité, on peut voir survenir une amygdalite et quelquefois une stomatite ulcéro-membraneuse.

Si l'adénite s'exagère, elle peut suppurer, et l'irritation de la gencive peut provoquer une fluxion ou se propager aux muscles élévateurs de la mâchoire.

Souvent aussi, on observe de la périostite du maxillaire et même une véritable ostéite hypertrophiante.

Dans une autre forme, l'ostéite suppure ; de là : phlegmons, fistules cutanées, enfin complications ultimes : nécrose du maxillaire, suppuration de l'articulation temporo-maxillaire, phlébite des sinus, abcès du cerveau ou bien paralysie des bras, convulsions épileptiformes, tic douloureux de la face, etc.

Après cet exposé des causes et des accidents consécutifs, je tiens à faire ressortir combien le traitement en est simple dans les cas de gravité moyenne, et combien souvent il est mal connu du public et parfois aussi du médecin.

Si l'on prenait le mal dès le début, rien ne serait plus facile que d'en arrêter la marche. S'il s'agit d'une carie d'une dent, la dévitalisation de la pulpe est indiquée quand elle est vivante, mais infectée ; si la pulpe est morte, l'asepsie profonde des canaux des racines peut enrayer assez rapidement l'infection commençante du périoste alvéolo-dentaire.

Enfin, si ce dernier est enflammé, s'il est épaissi, si une fistule se déclare au rebord gingival, l'extraction de la dent suffira toujours pour que tous ces phénomènes inflammatoires disparaissent.

Mais le plus souvent les malades viennent nous consulter alors que la fluxion s'est déclarée, que la dent de sagesse ou la 2e GM I baigne dans le pus, ou bien encore qu'une fistule cutanée s'est ouverte à la joue.

Digitized by Google

Presque toujours, pour ne pas dire toujours, les malades commencent à s'entourer la tête de ouate, et vont trouver le pharmacien, qui leur prescrit une pommade résolutive. Comme naturellement la fluxion ne passe pas, ils appliquent alors le cataplasme, qui détermine au bout de peu de jours la fistule, si elle n'existe déjà pas.

En cela, rien ne m'étonne, l'ignorance leur fait commettre une faute grave, et le remède est pire que le mal. Mais ce qui me surprend, c'est que le médecin lui-même indique très souvent l'emploi de cataplasme. Qu'arrive-t-il? Le pus se collecte et fait issue à la joue vers l'angle du maxillaire, et la fistule coule, coule des semaines, des mois entiers, et souvent il s'en produit deux ou trois.

Le médecin a recours alors au bistouri, le pus se dégage, la fistule se referme pour quelque temps, et recommence jusqu'au jour où le malade aura l'heureuse idée de faire extraire la dent ou la racine cause de tous ses ennuis. Il est arrivé à un état de cachexie avancée, ne mange plus, a du trismus, ne dort plus, et par l'odeur infecte qui se dégage de sa bouche devient insupportable pour son entourage.

Dès que la dent est extraite, les accidents s'atténuent, puis cessent tout à fait au bout de quatre à cinq jours.

Malheureusement, la périostite du maxillaire détermine souvent, quand le pus a séjourné longtemps, de l'ostéomyélite du bord alvéolaire ou de la branche montante ou du corps de l'os même.

Il se forme un séquestre qui met assez longtemps à se mobiliser et qui, lorsqu'il est enlevé, détermine la guérison rapide.

Mais, de même que pour l'extraction de la dent de sagesse je n'admets pas qu'on opère par la voie externe, de même pour l'enlèvement de ce séquestre, je ne vois pas l'utilité d'agir par dehors.

Lorsque les dents atteintes ont été enlevées, on pénètre presque généralement par la bouche, sur le lieu même de la suppuration et sur l'os nécrosé.

On peut faire remuer le séquestre avec une sonde, et il est relativement facile, comme je l'ai eu fait plusieurs fois, de l'enlever avec un de nos daviers à racine.

Je trouve que ce mode opératoire est bien plus simple que de balafrer la joue du malade par une ou deux incisions, qui *toujours* laissent des cicatrices formant, avec les brides cicatricielles des fistules, un aspect assez repoussant.

Naturellement, quand les désordres deviennent graves, si on se

Digitized by Google

trouve en présence de phlegmon diffus, de kyste intra-osseux, de tumeur, d'accidents nerveux : sympathiques, oculaires, auditifs, l'intervention chirurgicale par la voie externe s'impose et est rendue nécessaire. Mais je n'ai cherché à porter votre attention que sur les cas de gravité moyenne et en particulier sur les fistules cutanées et les ostéomyélites des maxillaires d'origine dentaire. Enfin, pour rappeler le début et le prétexte de cette communication, s'il y avait des doutes au sujet de la gravité de l'une de ces ostéomyélites, si on n'était pas sûr de la position du séquestre et du choix de l'opération (par la bouche ou par la joue), rien ne serait plus simple que d'avoir recours à la radiographie, qui donnerait une indication absolument certaine sur l'importance et la situation de ce séquestre.

M Forgue. — La communication de M Schwartz vise deux points inégalement discutables

Il est certain que la radiographie peut rendre de grands services en chirurgie dentaire, et l'épreuve apportée par M. Schwartz est convaincante.

Le second point de cette communication est plus discutable : il est des cas, qu'il appartient au chirurgien de discerner, où seule la voie externe est praticable. C'était le cas pour un malade que M. Forgue a eu récemment l'occasion d'opérer et chez qui il a extrait par la voie externe un bloc nécrotique de maxillaire du volume d'une noix. Il faut compter aussi avec la présence du trismus, qui gêne singulièrement les manœuvres intra buccales. M. Forgue pense que la voie buccale ne convient qu'aux séquestres de faible volume ; pour les autres, même ceux de moyen volume, ils relèvent de la voie externe et de la grande chirurgie.

VARIÉTÉS

Lettre du Congrès de Madrid

Madrid, 23 avril.

Il pleut, il fait frais, presque froid, et cependant Madrid est en fête. Tout ce que la capitale compte d'aristocratie assiste à la séance d'ouverture du Congrès. La vaste salle du Théâtre-Royal, qui compte 2,500 places, est archipleine d'une foule élégante où les

Digitized by Google

toilettes claires ne sont pas rares. Dès 2 heures du soir, les premiers congressistes — les plus prudents — sont allés retenir leur place ; à 2 heures 1/2 tout était bondé ; nombre de confrères de toutes les nationalités s'entassaient dans les couloirs avec le vague espoir de voir quelque chose. L'exactitude est, dit-on, la politesse des rois ; la montre de S. M. Alphonse XIII doit retarder quelque peu, car c'est seulement à 3 heures 5 qu'il fait son entrée dans la loge royale. Depuis quelques instants déjà, toute la scène, réservée aux personnages officiels, est largement occupée, et M. Silvela a pris le fauteuil de la présidence. Lorsque le jeune roi fait son entrée, la salle entière se lève et l'acclame ; il est immédiatement sympathique, malgré sa figure osseuse et sèche ; mais on ne peut s'empêcher d'éprouver quelque émotion à voir cet enfant sur qui retombe si lourdement la couronne de Charles Quint. Lui-même n'en paraît pas autrement impressionné. Il entre dans la loge en uniforme, la poitrine barrée d'un large ruban vert suivi de sa mère, qui ostensiblement le dirige de ses conseils affectueux. Il salue d'un côté, de l'autre, non sans quelque apparence de cette gaucherie raide et maladroite des adolescents ; la reine mère, vêtue de deuil, salue à son tour le public d'une grande révérence de cour ; deux autres dames, l'une âgée, l'autre jeune, prennent place dans la loge royale, derrière les deux souverains, et, tout aussitôt, le président du Congrès, D. Julian Calleja, commence sa harangue.

Ainsi que M. Lannelongue, au dernier Congrès de Paris, il a pris l'utile précaution de la faire d'abord distribuer dans la salle sous la forme d'une brochure rédigée en deux langues, espagnol et français. Puis viennent les délégués, qui prennent successivement la parole en observant l'ordre alphabétique d'après les noms français. Les uns sont longs, les autres concis ; il y en a qui parlent d'une voix vibrante et qui surmontent le bourdonnement des conversations particulières, d'autres qui bredouillent quelques mots et parlent dans leur barbe ; tous sont applaudis du reste avec la même conviction, mais je m'en voudrais de ne pas signaler les chaleureux applaudissements qui ont accueilli M. Brouardel et l'ovation suscitée par sa courte et substantielle allocution. Les délégués s'expriment soit en espagnol, soit en français ; l'Autriche, la Bulgarie, les Pays-Bas, la Roumanie, la Russie, la Grèce, la Serbie, etc., nous font l'honneur d'employer notre langue ; mais les délégués allemands, anglais, italiens s'expriment dans leur idiome maternel ; le représentant du Japon prononce son discours en allemand.

Digitized by Google

Entre temps, nous apprenons que le succès du Congrès dépasse toutes les espérances ; il y a près de 7 000 congressistes dont 3,500 espagnols et 3,500 étrangers environ ; les Français viennent en tête avec 800 inscriptions, mais ils sont serrés de près par les Allemands.

Cette série d'allocutions devient parfois fastidieuse pour nous, combien doit-elle l'être davantage pour le jeune roi. Sa physionomie, d'une extrême mobilité, reflète clairement son sentiment ; au début, c'est une joie, un peu jeune, un peu naïve, d'être accueilli en maître par ce brillant public ; puis, c'est l'effort intellectuel que nécessite l'audition de tous ces discours ; le front se plisse, la figure devient réfléchie. Plus tard encore, bientôt, un peu d'ennui ne tarde pas à apparaître. Son regard quitte la scène et parcourt la foule serrée de spectateurs, il se mord les lèvres d'un geste machinal et fréquent comme un tic ; il se tourne en souriant vers sa mère, grave et sérieuse en face de lui, et la force à partager sa gaîté, qui, je le crains, comporte un peu de raillerie à l'adresse de quelque délégué ; ou bien encore il s'intéresse au jeu d'une ravissante fillette placée dans une loge dominant la sienne, et qui ne quitte pas des yeux le jeune monarque ; celui-ci la fixe d'un regard chargé d'une sévérité voulue ; mais l'enfant, ravie d'avoir enfin attiré l'attention du roi, l'oblige à détourner les yeux. Tout cela parce qu'Alphonse XIII n'a pas encore l'entraînement professionnel nécessaire pour supporter sans broncher deux heures de discours. Qui de nous l'en blâmerait? Mais il devient subitement sérieux et attentif, ainsi que tous les personnages de la loge royale, lorsque le président Silvela prend la parole le dernier et prononce une chaleureuse allocution qui soulève l'enthousiasme de tout le public espagnol. « Viva el Rey, Viva Espana ! » s'écrie t-il en terminant. « Viva la humanidad ! » riposte un spectateur des galeries, et au même instant une vive lueur brille dans un coin de la salle, une épaisse fumée se dégage ; des spectateurs s'émeuvent, est-ce une bombe ? est-ce un coup de feu ? Ce n'est qu'un photographe qui essaie de prendre un cliché au magnésium. Le roi, qui n'a pas cessé de sourire, obéit visiblement aux recommandations de sa mère ; il salue les spectateurs de la même inclinaison qu'à l'entrée, raide, un peu emprunté et malgré tout sympathique. Il se retire et la reine-mère le suit après une nouvelle et cérémonieuse révérence adressée au public.

LÉON IMBERT.

Digitized by Google

NOUVELLES

Le 24 avril dernier, M. le professeur **Gilis**, délégué régional de la Croix-Rouge Française, a fait dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine une conférence sur « *les origines de la Croix-Rouge, son rôle en temps de guerre et en temps de paix.* » L'auditoire, nombreux et choisi, écouta avec intérêt cette page d'histoire qui pourrait s'intituler l'envers de l'histoire militaire. Le conférencier montra avec quelle effroyable lenteur dans l'évolution des idées les peuples civilisés cessèrent d'abord d'achever les blessés sur le champ de bataille, pour les recueillir plus tard dans des ambulances que les guerres les plus récentes ont toujours trouvées insuffisantes et mal outillées. Il rappela les origines de la Convention de Genève qui, au XIX^e^ siècle, établit définitivement la neutralité des blessés et leur assura les soins, sans distinction de nationalité. Il montra à quel point le fonctionnement de notre service de santé, qui paraît admirable en temps de paix, se trouve paralysé et troublé en temps de guerre et quelle collaboration efficace et bienfaisante peut lui apporter l'initiative civile, en la personne des Femmes de France. Et les auditeurs ne purent réprimer un mouvement de stupeur lorsque **M. Gilis** cita les chiffres officiels de la guerre de 1870 1871. Alors que le nombre des blessés fut pour les Allemands de **127.000** et de **131.000** pour nous, proportion aujourd hui à peu près normale entre une armée victorieuse et une armée vaincue, la mortalité fut, en tenant compte des épidémies, de **45 000** hommes pour les Allemands, et de **136.000** pour les Français !

Le conférencier termina en rappelant les services déjà rendus par la Croix-Rouge à nos troupes expéditionnaires et exposa son rôle en temps de guerre continentale ainsi que les progrès à réaliser pour que l'on puisse en espérer son plein effet. Et dans une péroraison d'un sobre et viril patriotisme, **M. Gilis** montra que, si la paix universelle était le but vers lequel devaient tendre les progrès de la civilisation, le désarmement serait pour une nation le signal d'un démembrement rapide.

M. le général Pédoya, commandant le XVI^e^ corps d'armée, qui

Digitized by Google

présidait, remercia le conférencier en quelques paroles émues et courtoises et sut délicatement exprimer que, si la cruelle éventualité d'une guerre se présentait un jour, les Femmes de France sauraient refouler leurs larmes au chevet des blessés pour atténuer leurs souffrances et, par leurs soins maternels les ramener à la vie.

THÉRAPEUTIQUE

—

Formule de Villejean à employer dans la coqueluche.

Racine de polygala.....	50 grammes
Opium brut.....	1 —
Eau bouillante	400 —

Faites infuser pendant six heures et ajoutez :

Analgésine.....	12 grammes
Sucre blanc	800 —

Le sirop étant refroidi, ajoutez :

Teinture de scille	0 gr. 25 cig.
Ether sulfurique.....	0 gr. 10 —
Eau de fleur d'oranger.	50 gr.
Sirop de sucre	Q. S. pour 1 litre.

Doses : 2 cuillerées à café pour les enfants entre 2 et 3 ans ; augmenter d'une cuillerée par année d'âge en plus.

BIBLIOGRAPHIE

—

Vient de paître : **Petite Chirurgie pratique**, par Th. Tuffier, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien à l'hôpital Beaujon, et P. Desfosses, ancien interne des hôpitaux de Paris, 1 volume in-8° cavalier, cartonné : prix 10 francs, C. Naud, éditeur, 3, rue Racine, Paris.

L'Éditeur-Gérant : P. DELORD-BOEHM.

Montpellier. — Imprimerie Delord-Boehm et Martial.

Digitized by Google

N° 20 17 MAI 1903. TOME XVI

MONTPELLIER MÉDICAL

Journal Hebdomadaire paraissant tous les Dimanches

LEÇON D'OUVERTURE

DU

COURS D'HYGIÈNE

FAITE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Le 6 Mars 1903

Par H. BERTIN-SANS

(*Suite.* — Voir nos 18 et 19, pag. 449 et 479).

Et maintenant, Messieurs, dans quel but faut-il étudier, enseigner, appliquer cette science à aspects si variés, si multiples, si changeants ; autrement dit *pourquoi* faut-il cultiver l'hygiène?

La réponse paraît ici résolue par la question. Il faut, cela va de soi, dira-t-on, cultiver l'hygiène dans l'intérêt primordial de la santé et de la vie humaines. La santé n'est-elle pas le premier des biens? ne doit-elle pas passer avant tout, comme le veut une maxime courante? et n'est-il pas de toute évidence, s'il en est ainsi, qu'aucune objection ne doit être faite à la nécessité et à la légitimité des préservations sanitaires? « Après tout, il n'y a pas de taxes si dures à supporter que la maladie, la débilité et la mort prématurées » disait l'Alderman James Hoy à l'ouverture du dernier

Digitized by Google

congrès du *Sanitary Institute* à Manchester. Qu'importe donc le prix de leur sauvegarde ?

Eh bien non, telle n'est pas, en vérité, la réponse trop catégorique à faire à la question que nous venons de poser. Non, la santé ne doit pas passer avant tout. La santé est un bien, un bien considérable sans doute, mais ce n'est pas le seul, et de plus, le moyen de la conserver n'est même pas toujours de la conserver à tout prix. Il faut donc rapprocher sa valeur relative des sacrifices de divers genres qu'il peut y avoir à s'imposer, à imposer à la Société pour elle ; la conservation de la santé peut être coûteuse, et il y a lieu de voir s'il convient d'y mettre le prix. C'est ce que nous allons maintenant examiner avec soin dans cette troisième partie de notre leçon.

Un auteur dont vous ne contesterez, j'en suis convaincu, ni la compétence scientifique, ni les sympathies pour la préservation sanitaire, émet dans son récent traité d'*Hygiène Sociale* une idée analogue au sujet des maladies épidémiques. Proposez à des agriculteurs, dit en effet Duclaux, de faire à force de soins et d'argent radicalement disparaître la cuscute d'un canton au lieu de se borner à en limiter l'extension. Ils vous diront volontiers : « Oui, si cela ne coûte rien. Et si c'est nous qui devons payer, nous aimons mieux être appauvris par la cuscute que ruinés par les frais de la la lutte contre elle. Trouvez bon que nous nous en tenions aux procédés qui nous donnent le maximum d'effet avec le minimum de dépense ! »

« C'est la même sagesse, continue le savant directeur de l'Institut Pasteur, qu'il faut professer au sujet des maladies épidémiques. Il serait beaucoup trop coûteux de les extirper d'un pays ou d'une communauté. Mais on peut les combattre, restreindre leur champ d'action, les contenir dans les limites qu'on leur a imposées, par des moyens pratiques que la science rend de plus en plus économiques en les rendant de

Digitized by Google

plus en plus sûrs. Car ils doivent être à la fois sûrs et économiques et il est inutile qu'ils soient sûrs s'ils ne sont pas économiques... »

Il me sera facile de vous montrer que l'hygiène est, dès aujourd'hui, en possession de méthodes qui satisfont à la double condition requise d'être à la fois sûres et économiques, et qu'elle est tous les jours mieux à même d'assurer la santé et de préserver la vie par des procédés qu'on ne saurait trouver trop coûteux quand on compare les dépenses qu'ils entraînent à l'importance des résultats obtenus.

Il me suffira, pour cela, de prendre quelques exemples dans l'ensemble des travaux exécutés en France et surtout à l'étranger, en vue de la protection de la santé publique. Car, il faut bien le reconnaître en passant, nous ne tenons point le record pour l'économie de la vie humaine, et, comme le fait encore remarquer Duclaux, « c'est la France qui fait le moins d'enfants et c'est elle qui les laisse périr avec le plus de désinvolture ».

La variole est la maladie qui démontre peut-être le mieux l'utilité et l'économie de mesures prophylactiques bien comprises. C'est que nous possédons, grâce à l'immortelle découverte de Jenner, un moyen à la fois très simple et très efficace de la combattre. On se rend difficilement compte aujourd'hui de la terreur qu'inspirait, il y a quelque cent ans, ce redoutable fléau, qui, d'après les statistiques les plus exactes, celles de la ville de Londres, faisait, tous les ans, de 1720 à 1800, dans la seule capitale de l'Angleterre, près de 20,000 victimes sur une population d'environ un million d'habitants. Ses ravages ont bien vite diminué partout où s'est répandue la pratique des vaccinations et des revaccinations, et l'efficacité de ces mesures est telle que l'on est en droit de se demander pourquoi elles ne sont pas encore plus universellement adoptées.

L'Angleterre, qui dès 1867 avait décrété la vaccination

Digitized by Google

obligatoire, avait vu le nombre des décès varioliques diminuer progressivement, au point de n'être plus que de 16 en 1890. Mais, sous l'influence de l'habile propagande des antivaccinateurs, la loi est tombée peu à peu en désuétude, et le Parlement n'a pas hésité, en 1898, à introduire dans le « *Vaccination Act* » une clause dispensant de la vaccination les enfants dont les parents affirmeraient, devant un magistrat, qu'ils croyaient au danger de l'inoculation du virus du cow-pox. L'Angleterre a pu voir ainsi, grâce à l'injustifiable campagne des objectionnistes, se relever notablement pendant ces dernières années le nombre de ses décès par variole; il a été de 1457 en 1893, et l'épidémie de 1901-1902 qui, à Londres seulement, a atteint, en 7 mois, plus de 4,000 personnes, vient de rappeler l'attention des pouvoirs publics sur les résultats d'une expérience néfaste ayant certes toute la valeur d'une expérience de laboratoire.

Les renseignements plus complets, que nous possédons sur la façon dont l'Allemagne est parvenue à se débarrasser de la variole, nous permettent d'être fixés non seulement sur l'efficacité, mais encore sur l'économie du procédé. L'Allemagne, qui de 1870 à 1874 avait perdu plus de 100,000 hommes de la variole, a décrété, en 1874, la vaccination et la revaccination obligatoires, et elle a tenu la main à l'observation stricte de la loi. L'effet n'a pas tardé à se faire sentir. De 1886 à 1895, pendant une période de 10 ans, on n'a compté dans tout l'empire que 1,165 décès par variole, dont 85 °/₀ dans les districts adjacents à la frontière; en 1895, il n'y a eu que 27 décès par variole, sur une population de plus de 50 millions d'habitants, alors que le nombre de décès par la même cause, rapporté au même nombre d'habitants, était 25 fois plus élevé en Belgique, 81 fois plus en Hollande et 201 fois plus en France, où la pratique de la vaccination, sans être obligatoire, était déjà pourtant assez répandue. En 1897, il ne meurt plus par variole, dans tout

Digitized by Google

l'empire allemand, que 5 personnes, 5 sur 50 millions! 4,000 fois moins de décès, toutes proportions gardées, que dans les pays voisins qui ne se protègent pas, comme la Russie par exemple. Mais, voyons quels sont les frais nécessités par cette économie annuelle de 20,000 existences. Il y a, en Allemagne, 23 instituts d'Etat pour la production de la lymphe animale, qui livrent, chaque année, trois millions deux cent mille doses de vaccin, et la dépense totale n'atteint pas 200,000 francs; soit, comme l'a établi Duclaux, 10 fr. pour une vie humaine! Chaque sujet allemand verse annuellement au trésor 4 millimes pour contribuer à éviter la mort par variole de 20,000 de ses concitoyens; c'est un bel exemple de solidarité sociale à bon marché. Vous pouvez, en tous cas, juger par là du bénéfice, et voir combien se trouve justifié l'article 6 de notre nouvelle loi sanitaire, qui rend enfin obligatoires en France la vaccination et la revaccination antivarioliques. Convaincus que vous devez être de l'utilité d'une telle mesure, vous n'hésiterez pas, j'en suis certain, à assumer la charge et l'honneur de contribuer pour une large part à en faciliter et à en assurer l'application.

La rage, pas plus que la variole, n'existe aujourd'hui en Allemagne; on n'entend guère plus parler d'elle que sur les confins des pays où on la tolère, comme la Russie, l'Autriche, la France. L'Angleterre, de même que l'Allemagne, est parvenue à la supprimer; sa situation géographique lui rendait, d'ailleurs, la tâche plus facile, et il a suffi de l'application rigoureuse de quelques règles prophylactiques bien simples: port obligatoire de la muselière, mise à mort de tout animal mordu par un chien suspect, quarantaine de six mois imposée à tout chien importé, pour obtenir en trois ans ce résultat. Mais savez-vous quelles sont les considérations qui ont poussé nos pratiques voisins d'outre-manche à prendre des mesures aussi vexatoires pour la gent canine et

Digitized by Google

ses trop ardents protecteurs ? Ce sont précisément des considérations d'ordre économique: Il n'y avait pas en Angleterre d'Institut antirabique, tous les mordus étaient envoyés à Paris, et, devant les crédits qu'exigeaient chaque année ces déplacements, on s'est bien vite rendu compte qu'il serait moins coûteux de faire disparaître la rage chez le chien que de la traiter préventivement chez l'homme. Voilà donc qui vient également à l'appui de notre thèse.

La lutte contre la malaria se présente dans des conditions un peu moins avantageuses; mais quoique les mesures prophylactiques auxquelles elle a actuellement recours soient encore à l'étude, quoique ces mesures ne puissent être regardées comme d'une efficacité absolue, à cause surtout des difficultés qu'entraîne leur stricte application, elles donnent pourtant déjà de tels résultats, elles réalisent, par rapport à celles que l'on proposait il y a quelques années à peine, une telle économie, que je crois devoir vous les citer ici.

La malaria est une maladie tellement répandue qu'il serait plus court, comme le fait remarquer Proust, d'énumérer les régions où elle est inconnue que celles où elle sévit. L'Italie, qui est, il est vrai, l'un des pays d'Europe où elle est le plus commune, compterait, d'après certaines statistiques, jusqu'à trois millions de paludéens sur trente millions d'habitants. Sans doute, le taux de la mortalité est relativement peu élevé (8 décès pour 1.000 malades dans les hôpitaux italiens); mais il n'en est pas de même pour le nombre des journées de maladie ou de convalescence, qui se traduisent, somme toute, par une durée correspondante d'incapacité de travail. Le Dr Ricchi nous apprend en effet qu'en 10 ans, ce nombre a dépassé 1 million pour 6.416 ouvriers employés sur des lignes de chemin de fer en pays palustre.

Tant que l'on croyait avec Savi et Boudin que le miasme palustre provenait des terrains marécageux, et que l'on dis-

Digitized by Google

cutait pour savoir s'il était véhiculé par l'air ou par l'eau, on n'avait guère trouvé d'autre mesure prophylactique efficace que l'assèchement des marais ; mais combien était coûteux un pareil procédé et combien de projets de ce genre ont dû, à cause des difficultés qu'ils présentaient ou des dépenses qu'ils entraînaient, rester inexécutés. Vous vous rappelez sans doute que Jules César avait conçu l'idée gigantesque de dessécher les marais Pontins, et, sans aller si loin ni dans le temps ni dans l'espace, n'a-t-on pas laissé inachevée, sur notre littoral méditerranéen, l'œuvre considérable entreprise, il y a quelques années à peine, par M. Régy, l'un de nos plus distingués ingénieurs des ponts et chaussées?

Mais, depuis que Laveran a découvert dans le sang des paludéens, l'*hæmamœba malariæ*, depuis que les travaux de Ronald Ross inspiré par Manson, les recherches et les constatations de Koch, Grassi, Celli et tant d'autres, ont montré que cet hématozoaire était puisé, dans le sang de l'homme infecté, par les femelles de moustiques du genre *anopheles*, qu'il subissait dans l'estomac de ces insectes des métamorphoses spéciales, qu'il arrivait enfin dans leurs glandes salivaires et pouvait ainsi être à nouveau inoculé à l'homme par une simple piqûre, les efforts des hygiénistes se sont portés sur cet hôte intermédiaire, soit pour le supprimer, soit pour éviter qu'il ne s'infecte en suçant le sang des malades atteints de paludisme, soit pour protéger l'homme sain contre ses piqûres.

Bon nombre de procédés ont été préconisés pour détruire en grand les moustiques ou leurs larves aquatiques. On est allé jusqu'à prendre pour auxiliaires, dans cette guerre qu'on leur déclarait, leurs ennemis naturels, comme certaines libellules carnassières et une mouche piquante connue aux Etats-Unis sous le nom de *mosquito-hawks*. Le mieux est encore de verser dans les mares des substances insecticides, en particulier certaines couleurs d'aniline, gallol, vert

Digitized by Google

de malachite, larycithe, ou de répandre sur les eaux stagnantes des liquides comme le pétrole qui, grâce à leur tension superficielle, peuvent s'étaler sur elles en couche mince, et empêcher ainsi les larves de moustiques de venir respirer à leur surface. Il faut bien reconnaître, toutefois, que ces procédés qui doivent être renouvelés plusieurs fois par an, et dont le prix de revient est encore assez élevé (de 15 à 65 fr. par hectare et par opération avec le larycithe ou le pétrole), ne peuvent guère être utilisés que pour des réservoirs ou des étangs de petite dimension.

Mais, si l'on ne paraît pas, dès aujourd'hui, en possession d'un moyen à la fois sûr et économique pour faire complètement disparaître les *anopheles* des régions infectées de malaria, on dispose du moins d'autres mesures prophylactiques qui, si elles sont théoriquement d'une efficacité moins absolue, sont, en revanche, plus simples et moins coûteuses, et ont déjà donné à la pratique des résultats hors de proportion avec les dépenses qu'elles peuvent entraîner. Ces mesures, qui consistent surtout dans le traitement prolongé des malades, afin d'éviter, avec les rechutes, les chances plus grandes d'infection des moustiques, et dans la protection de tous, malades et bien portants, contre les piqûres de ces insectes ailés, n'exigent guère que l'administration d'un peu de quinine, l'occlusion de l'ouverture des maisons par de la toile métallique et quelques précautions pour se garantir le visage et les mains lorsqu'on sort aux heures dangereuses. Elles ont été essayées en Italie, en 1899 et 1900, sur des employés de chemins de fer, dans les contrées les plus éprouvées par la malaria, et les résultats qu'elles ont donnés (3 cas de fièvre intermittente chez 104 personnes soumises aux mesures prophylactiques, 320 cas chez 396 personnes non soumises à ces mesures dans l'un de ces essais) ont été si nets qu'une loi, en date du 2 novembre 1901, vient de les rendre obligatoires pour tous les ouvriers

Digitized by Google

qui, en pays palustre, travaillent directement ou indirectement pour le compte de l'Etat. Des essais du même genre, faits tout récemment dans l'île Formose, sur deux bataillons japonais, ont donné des résultats plus satisfaisants encore: aucun cas de fièvre palustre dans le bataillon protégé, 259 cas dans le bataillon témoin, pour lequel aucune mesure de protection n'avait été prise.

Je dois ajouter que les moustiques du genre *anopheles* ne sont pas les seuls dont l'homme ait à redouter les piqûres, que par exemple certains *culex* peuvent, comme l'a démontré Manson, inoculer la filaire de Bancroft, que d'autres, les *stegomyia fasciata*, paraissent, d'après les expériences de Reed, Caroll, Agramonte et Lazear, et d'après l'efficacité des mesures prophylactiques prises, tout récemment encore, à la Havane, par le service de santé militaire, jouer un rôle important dans la propagation de la fièvre jaune; si bien que la lutte aujourd'hui engagée contre les moustiques, les procédés actuellement préconisés pour nous mettre à l'abri de leurs atteintes, présentent, en dehors de leur action préservatrice déjà si manifeste vis-à-vis de la malaria, l'avantage de pouvoir nous sauvegarder d'autres maladies, et en particulier de la filariose et du vomito negro dans les pays où elles sévissent en même temps que le paludisme.

(*A suivre*).

LE MOIS CHIRURGICAL

Signalons tout d'abord, à l'**Académie de médecine**, « *Hommage à la cocaïne* » rendu par M. Richelot. Par deux fois il a vérifié par lui-même l'analgésie parfaite que donnent les injections sous-cutanées de cocaïne; il s'agissait d'abord d'un panaris, puis d'un abcès. M. Richelot exprime donc toute sa reconnaissance pour le procédé de M. Reclus et insiste à ce propos sur les précautions

Digitized by Google

bien simples qui écartent tout danger : 1° solution à 0,5 ou 1 %; 2° ne pas dépasser 12 à 15 centigr.; 3° opérer sur un malade étendu ; 4° le faire manger ou boire avant qu'il ne se lève.

M. LAGRANGE (de Bordeaux) étudie les phénomènes produits par la résection du ganglion cervical supérieur et conclut, d'après des données expérimentales et des résultats cliniques, que la *sympathicectomie dans le glaucome* ne saurait être préconisée.

La **Société de chirurgie**, dans les trois séances d'avril, a fait porter ses discussions sur nombre de sujets d'intérêt disparate. Il nous semble cependant que les plus importants sont : en pathologie générale les associations néoplasiques ; en clinique, le rhumatisme tuberculeux ; en technique opératoire, les injections de paraffine et la résection intra-thoracique de l'œsophage cancéreux.

Nos connaissances sur les *associations néoplasiques*, disent MM. POTHERAT, LEJARS et ROUTIER, sont très obscures. Mais si nous ignorons tout quant aux relations pathogéniques qui peuvent exister entre certains néoplasmes anatomiquement et cliniquement différents coexistant dans l'organisme, il est cependant certaines associations que nous connaissons mieux ; par exemple les kystes végétants de l'ovaire et le cancer utérin ; En pareil cas il faut enlever toutes les tumeurs, quels que soient leur nature, leur nombre et leur siège. — M. RICHELOT invoque comme lien causal, après Bazin et Verneuil, la diathèse néoplasique de Verneuil, l'arthritisme ; il existe une hérédité néoplasique ; avec le néoplasme, à travers les générations, alternent ou coexistent toutes les manifestations de l'arthritisme ; ces coïncidences ne se montrent pas sur un terrain autre que l'arthritique, et l'on n'a jamais vu un cancer survenir chez un tuberculeux d'origine. Attendons de la connaissance plus précise des tempéraments morbides, du régime et de l'hygiène, le moyen d'atténuer nos troubles néoplasiques, nos scléroses et nos anarchies cellulaires. Incidemment, M. Richelot signale la fréquence extrême du cancer et du fibrome utérins simultanés.

Le *rhumatisme tuberculeux* fait l'objet d'une communication de M. PONCET. A côté de la tuberculose chirurgicale infectante et spécifique, il admet l'existence d'une tuberculose rhumatismale atténuée. C'est une forme inflammatoire pure et simple ; depuis la simple arthralgie jusqu'à l'arthrite chronique, noueuse, déformante, on peut rencontrer la tuberculose à tous les degrés ; il n'y a pas, dans ces cas, de granulations, de lésions anatomiques.

Digitized by Google

En mars, M. Faure avait communiqué un cas de *résection intra-thoracique de l'œsophage cancéreux*. M. Quénu revient sur ce sujet et montre le danger considérable de l'abandon dans le thorax du bout inférieur de l'œsophage réséqué. Après M. Quénu, M. Monod réprouve les tentatives de M. Faure, condamne la résection de la première côte qui entraîne une grave perturbation dans l'équilibre respiratoire; il y faut voir la cause des accidents dyspnéiques qui ont provoqué la mort de l'un des opérés de M. Faure. La gastrostomie est l'opération la meilleure, bien que palliative.

Au sujet d'une communication de M. Delangre (de Tournay), M. Guinard fait un rapport sur le *traitement des malformations du visage par les injections de paraffine* bien préférable à la vaseline. M. Delangre, pour éviter la migration de la paraffine, prend un moule en gutta percha de la région corrigée, fait faire un moule en vulcanite, l'applique sur la région pendant quelques semaines et fixe ainsi la paraffine. — Par contre, à la séance suivante, MM. Lejars, Sebileau, Tuffier rapportent des cas d'accidents bien faits pour modérer l'enthousiasme: il s'agit de diffusion de paraffine nécessitant plusieurs incisions d'extraction, de véritable fibromatose diffuse due à la réaction du tissu conjonctif, enfin d'ulcérations profondes!

M. Schwartz désapprouve une *gastrostomie temporaire pour permettre la cicatrisation d'une ulcération rebelle du pharynx* faite par M. Marion. Le diagnostic prêté à discussion et la sonde œsophagienne eût rendu les mêmes services.

M. Brin (d'Angers) a communiqué un cas d'*amputation inter-scapulo-thoracique pour tumeur de l'humérus*, et M. Berger, en la rapportant, indique la différence de pronostic dans les cas de tumeurs de l'humérus (mortalité de 0 °/₀) et de tumeurs de l'omoplate (mortalité de 20 à 30 °/₀).

M. Guinard montre la survie parfois considérable qui peut suivre des interventions pour cancer, même quand il s'agit d'*épithélioma de la langue*.

M. Sebileau a pratiqué une *restauration du front à l'aide d'une plaque d'or*. M. Nélaton craint la réaction des tissus vis-à-vis de ce corps étranger, et MM. Quénu et Tuffier signalent l'ostéite, qui enlève aux crampons d'appui toute solidité.

Nous ne pouvons résumer encore les rapports lus au **XIV^e^ Congrès International de Médecine** de Madrid. Citons leurs titres.

Digitized by Google

Décès post-opératoires. — Indications de l'intervention chirurgicale dans les affections de l'estomac. — Résultats éloignés de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du rein. — Valeur comparative des moyens actuellement à notre disposition pour apprécier l'état fonctionnel du rein. — Indications de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë. — Traitement du placenta previa. — Pathogénie et traitement des infections chroniques cellulaires et péritonéales du pelvis. — Opothérapie en gynécologie. — Chirurgie conservatrice des lésions annexielles.

Dr J. A.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

Séance du 3 Avril

Présidence de M. Forgue.

Étaient présents : MM. Puech, L. Imbert, Jeanbrau, Guéiin, Lagriffoul, Abadie, Ardin-Delteil, Reynès, Delage, Gaussel, P. Moitessier, Pagès.

Symphyséotomie pour rétrécissement du bassin. Succès complet.

Par M. Puech

A propos des lésions qui peuvent se produire du côté de l'appareil urinaire au cours de son exécution, la symphyséotomie a été à l'Ordre du jour de deux de nos récentes séances. C'est ce qui m'engage à vous présenter une femme chez laquelle j'ai pratiqué cette opération il y a cinq semaines, et ce avec un succès complet.

La nommée L. Cab...., âgée de 23 ans, domestique, entre à la Clinique obstétricale le 12 décembre 1902. Elle est enceinte pour la première fois.

Elle n'a jamais été malade et n'offre pas d'antécédents héréditaires intéressants. Allaitée par sa mère, elle n'a pas entendu dire

Digitized by Google

qu'elle ait marché plus tard que les autres enfants. La menstruation aurait toujours été très régulière, durant de trois à quatre jours.

C'est le 12 Avril que les règles se sont montrées pour la dernière fois.

A l'examen, pratiqué peu après l'entrée de la femme dans le service, on constate que la tête est très élevée et très mobile, le dos regardant directement à gauche. En pratiquant le toucher vaginal, on arrive facilement sur le promontoire : le diamètre promonto-sous-pubien mesure 102 millimètres, soit 87 de promonto-pubien minimum. Pas de saillie de la face antérieure du sacrum. — Dans les premiers jours de février, l'examen des urines fit constater la présence de l'albumine ; celle-ci, malgré le régime lacté absolu, se maintient entre 5 et 7 grammes jusqu'au moment du travail. A plusieurs reprises, la femme se plaignit de céphalées et de gastralgies.

Le travail de l'accouchement débute le 27 février dans la matinée. Mais la femme dissimule ses douleurs toute la journée, et ce n'est que dans la soirée, à 11 heures, qu'elle entre à la salle de travail. A ce moment, la dilatation est complète ; une volumineuse poche des eaux remplit le vagin ; la tête, en G. T., est mobile au détroit supérieur, débordant largement la symphyse pubienne. Les douleurs sont très énergiques.

A 1 heure 15 du matin, je romps avec beaucoup de précaution la poche des eaux. La tête en asynclitisme postérieur s'applique sur le détroit supérieur, mais ne s'engage pas malgré les efforts de l'utérus et de la femme. A 2 heures 35, la situation reste la même ; mais le liquide amniotique qui s'écoule est coloré par du méconium, et les bruits du cœur fœtal, jusque-là bien frappés, nous paraissent plus faibles et moins réguliers.

Je me décide alors à pratiquer la symphyséotomie, qui est commencée, après anesthésie, à 2 heures 48. La section de la peau et l'ouverture de la symphyse ont été très rapidement exécutées. Après avoir glissé l'index gauche derrière la face postérieure du pubis par l'incision faite à la partie inférieure de la ligne blanche, j'ai ouvert la symphyse simplement avec un bistouri d'avant en arrière. Spontanément s'opère un écartement inter-pubien de trois centimètres. Voulant obtenir un écartement plus considérable, afin que la voie fût largement ouverte au fœtus, j'invitai les deux aides chargés de soutenir les cuisses à porter celles ci en dehors ; leur effort un peu trop vigoureux eut pour résultat d'écarter les pubis au delà des limites normales ; j'évalue, en effet, au moins à

Digitized by Google

huit centimètres, l'écart qui se produisit à ce moment entre les surfaces des deux pubis séparés. En même temps, il se fit, dans la profondeur de la plaie, une hémorrhagie veineuse, que réprima vite un tamponnement à la gaze iodoformée.

A 2 heures 56, j'applique le forceps et opère très facilement l'extraction de l'enfant. Il est exactement 3 heures, quand celle-ci est terminée. Un quart d'heure après, le placenta, tombé dans le vagin, est entraîné par quelques tractions sur le cordon. Aussitôt après la délivrance, il se fit une légère hémorrhagie. A ce moment, la femme, non encore complètement sortie de l'anesthésie, présente des phénomènes syncopaux qui nécessitent la respiration artificielle.

A 3 heures 40, l'incision cutanée est suturée avec cinq crins de Florence. En procédant à l'examen des voies génitales, on constate, le long de la colonne antérieure du vagin, une déchirure qui est réparée au catgut. Une sonde, introduite dans la vessie, permet de constater l'intégrité du canal de l'urèthre Déchirure insignifiante du périnée.

Après un dernier lavage vaginal, on tasse mollement dans le vagin de la gaze iodoformée. La plaie opératoire est saupoudrée d'iodoforme et recouverte de gaze et d'ouate, maintenues par un bandage de corps, par dessus lequel on place une ceinture de gymnastique pour rapprocher les pubis et immobiliser les os du bassin.

Les suites de couches ont été régulières. La température, qui, le soir du septième jour, s'était élevée à 38°6, est retombée à 36°8 le lendemain après qu'on eut donné un peu d'huile de ricin, et est restée les jours suivants autour de 37°. La miction s'est effectuée spontanément au bout de 24 heures. Tous les deux jours, jusqu'au dixième, on a changé la gaze iodoformée placée dans le vagin. Les crins de Florence ont été enlevés le onzième jour ; réunion par première intention.

L'opérée a quitté le lit au bout de trois semaines. Vous l'avez aujourd'hui devant vous. La marche s'effectue bien ; la femme peut se tenir alternativement sur l'une et l'autre jambe; s'accroupir et se redresser sans peine ; seule la station assise prolongée est un peu pénible. — J'ajoute que l'albuminurie, — quoique très diminuée (0 gr. 50) — n'a point encore tout à fait disparu.

Quant à l'enfant, une fille, du poids de 3310 grammes, elle a été d'abord nourrie par la mère ; puis, celle-ci n'ayant plus de lait, au

Digitized by Google

lait stérilisé ; enfin, à partir du 17me jour par une nourrice. La courbe que je vous fais passer sous les yeux vous montre combien régulières et considérables ont été les augmentations quotidiennes de poids (plus de 50 grammes) à partir de ce moment : alors que le poids de l'enfant n'était que de 3290 gr., inférieur par conséquent à celui de la naissance, il était le trente-et-unième jour de 4100 grammes.

La simplicité et l'heureuse évolution de cette symphyséotomie atténueront l'influence fâcheuse qu'ont pu produire dans l'esprit de quelques-uns d'entre vous les faits dont nous avons eu à nous occuper, à l'occasion de l'observation communiquée par M. le professeur Forgue.

Sans entrer ici dans la discussion des arguments invoqués pour et contre la symphyséotomie, notamment lorsqu'il s'agit de la mettre en parallèle avec l'accouchement prématuré provoqué, je tiens seulement, à propos du cas que je rapporte, à faire remarquer combien il est parfois difficile de préciser l'âge de la grossesse. C'est là, en effet, un argument très légitimement mis en avant, il faut bien le reconnaître, par les défenseurs de la symphyséotomie contre l'accouchement prématuré — A s'en rapporter à la date des règles, le 12 avril 1902 le terme de la grossesse devait être fixé du 15 au 20 janvier : c'était donc fin décembre — commencement de janvier qu'il aurait fallu pratiquer l'accouchement prématuré, puisque le promonto-pubien minimum mesurait 87 millimètres. Or, cette femme ayant terminé sa grossesse seulement le 28 février, notre accouchement prématuré de 8 mois et demi eût été.... .. un accouchement prématuré de 7 mois.

Le sort d'un enfant né aussi précocement, il est facile de le prévoir. J'en ai fait l'expérience il y a deux ans dans un autre cas de rétrécissement du bassin, alors que, trompé par la date des dernières règles, je croyais n'abréger la grossesse que de quelques jours et ai obtenu par mon intervention un chétif avorton de sept mois et demi à peine, qui mourut peu après la naissance.

Présentation de malade

par M. SCHWARTZ

M. Schwartz présente un malade opéré de résection du maxillaire supérieur pour carcinome par M. Forgue et pour lequel il a construit un obturateur destiné à combler la vaste perte de substance.

Digitized by Google

M. Forgue insiste sur les bons effets qu'on peut obtenir de la prothèse immédiate dans les cas moins graves, pour empêcher la chute du globe oculaire et l'ectropion de la paupière inférieure.

Note sur l'hystérectomie abdominale appliquée aux tumeurs solides de l'ovaire

par le Dr Jacques DELAGE

Madame A... Letitia, 47 ans, entre le 4 mars 1903 à l'hôpital Saint-Eloi (Suburbain), salle Jean-Louis Petit, n° 26, dans le service de M. le professeur Forgue.

Antécédents personnels. — Réglée à 16 ans régulièrement ; mariée à 27 ans. Huit mois après son mariage, elle a eu un avortement de deux mois et demi, suivi de douleurs de ventre très vives. Jamais d'autre grossesse. Pas de pertes blanches.

Maladie actuelle.— Depuis six ou sept ans, douleurs abdominales discontinues n'inquiétant pas la malade ; pas d'augmentation appréciable du volume du ventre jusqu'en décembre 1902, époque à laquelle la malade constate que son ventre a grossi, surtout du côté gauche. Depuis, cette augmentation continue, sans douleur cependant. Les règles se sont arrêtées depuis deux mois. Pas de troubles dans la miction ni la défécation.

Etat actuel. — Le ventre est occupé par une tumeur globuleuse, un peu plus saillante du côté gauche, de surface régulière, peu mobilisable ; elle donne la sensation d'une poche pleine de liquide sous forte tension.

Le toucher vaginal permet de sentir une saillie de consistance élastique, dans le cul-de-sac de Douglas complètement effacé. La tumeur est également perceptible dans le cul-de-sac latéral gauche qu'elle occupe en partie.

On porte le diagnostic de kyste de l'ovaire inclus dans le ligament large gauche.

Opération. — Le 12 mars 1903 par M. le professeur Forgue. Anesthésie au chloroforme par M. Dubled. Aides : MM. Abadie, Rimbaud, Delage. Incision médiane sous-ombilicale. Après incision du péritoine, on constate que l'épiploon, très mince et fenêtré, adhère à la paroi, on le libère et l'on arrive sur la tumeur qui se présente sous un aspect particulier: la paroi en est rougeâtre, congestionnée, épaisse, on se trouve bien en présence d'un cas d'inclusion. On

Digitized by Google

plonge un gros trocart dans le kyste sans qu'il s'en écoule rien. On retire le trocart; en fermant avec des pinces l'orifice de la ponction; on protège très soigneusement avec des compresses de gaze stérilisée les environs de cet orifice, on l'agrandit d'un coup de ciseau et l'on s'aperçoit alors que le kyste est rempli d'une matière nullement liquide, mais dense, absolument gélatineuse, visqueuse, colloïde, d'un jaune verdâtre, demi-transparente, très difficile à enlever. De nombreuses adhérences de la poche kystique à l'intestin sur les côtés et aux franges épiploïques ne permettent pas de l'énucléer ; de plus, le kyste se vidant difficilement de son contenu ne pourrait être attiré hors de l'abdomen sans une trop large incision. Avec la main on vide donc le kyste de tout son contenu. Même vidé, le kyste ne se laisse pas attirer au dehors ; la trompe droite, atteinte de salpingite catarrhale, l'ovaire scléro-kystique, le corps de l'utérus très attiré en haut par la tumeur, sont intimement adhérents à la face antérieure du kyste. En opérant des tractions cependant très douces sur la poche et en essayant de la dégager dans la profondeur, il se produit une déchirure de sa paroi postérieure, par laquelle un peu de son contenu tombe dans la profondeur du pelvis.

M. le professeur Forgue, en présence de ces difficultés, décide de pratiquer l'ablation de l'utérus pour faciliter l'extirpation du kyste et procède à l'hystérectomie abdominale subtotale par le procédé américain de droite à gauche. Section des annexes droites. Forcipressure de l'utérine droite. Section de l'utérus et de l'utérine gauche qui est liée. Arrivé à gauche, on sectionne au bistouri sur le kyste le feuillet antérieur du ligament large qui double la paroi propre de la tumeur. On trouve alors le plan de clivage, la main va presque dans le fond du Douglas dégager la poche kystique, que l'on attire en haut. Section du feuillet postérieur du ligament large. Les annexes droites, l'utérus, la tumeur, sont ainsi vite et facilement enlevés en un seul bloc. Suture du moignon utérin.

On nettoie soigneusement le pelvis et l'on procède à une péritonisation minutieuse des parois. On laisse deux gros drains dans la profondeur. Suture du péritoine et des droits par des points de catgut en V.

Suture de la peau aux crins de Florence. Durée de l'opération cinquante minutes.

Analyse de la substance gélatineuse du kyste (due à l'obligeance de M. Moitessier, professeur-agrégé).

Digitized by Google

La masse gélatineuse présente la composition générale suivante :

Eau.....	938 gr. 40 p.	1.000 gr.
Résidu fixe.....	61 gr. 60	—
Matières organiques.....	52 gr. 50	—
Cendres.....	9 gr. 10	—
Azote total.....	6 gr. 80	—

En fait de matières organiques, la quantité d'azote indique la prédominance de matières albuminoïdes, parmi lesquelles prédominent dans ce cas la métalbumine ou pseudomucine et la paralbumine. La masse contient aussi des traces d'albumine et de mucine ordinaire.

Suites opératoires.— La malade a 37°5 le soir de l'opération. Cette température n'a pas été dépassée les jours suivants, et la malade sort guérie au vingt-cinquième jour.

On voit par la lecture de cette opération qu'au cours de l'intervention M. Forgue fut amené à pratiquer l'hystérectomie. C'est là un fait tout à fait particulier qui mérite d'attirer l'attention, parce que l'hystérectomie n'a pas été faite ici pour supprimer un utérus en mauvais état, dangereux et gênant pour l'avenir, mais parce que l'hystérectomie devenait, aux yeux de l'opérateur, un temps utile et nécessaire pour lui permettre de mener à bien l'ablation de la tumeur ovarique.

La castration utéro-annexielle pour tumeurs de l'ovaire est une opération de date relativement récente. C'est Quénu qui, en 1888, pour la première fois, la pratiqua de parti pris, suivi dans cette voie par Terrier, Jonnesco, Legueu Terrillon. Pauchet, Sloctem, Kelly, mais les cas en sont assez rares, puisque dans sa thèse un élève de Quénu, Ranson, en trouve à peine 30 cas opérés de 1888 à 1901. C'est que durant cette période justement se posent et se précisent les indications de l'hystérectomie abdominale appliquée aux tumeurs utérines et utéro-annexielles.

Dans le cas particulier des tumeurs solides de l'ovaire, l'hystérectomie abdominale est appelée à rendre de grands services, comme elle le fit entre les mains de notre maître, et c'est une opération rationnelle et nécessaire, en la considérant non pas en tant qu'opération inévitable, quand elle est le complément d'une ovariotomie, mais en tant qu'opération de choix, comme temps préliminaire de l'ablation des tumeurs annexielles.

Et encore nous parlons ici des tumeurs annexielles non malignes;

Digitized by Google

il est évident qu'au cours des interventions pour tumeurs malignes, il est parfois nécessaire d'enlever l'utérus qui se trouve lui-même gagné par l'envahissement néoplasique.

L'hystérectomie est alors imposée à l'opérateur, mais nous voulons surtout insister spécialement sur ces cas dans lesquels on est conduit à pratiquer l hystérectomie afin de rendre possible ou de mener à bien l'extirpation de la tumeur ovarienne.

Les adhérences contractées par la tumeur excessivement difficile à mobiliser, l'impossibilité d'une dissection périphérique, pénible ou dangereuse, faisaient autrefois au chirurgien un devoir de ne pas poursuivre l'extirpation complète et de marsupialiser la poche. D'autres adhérences à l'utérus lui-même peuvent apporter un obstacle réel à l'extirpation de la tumeur qui, même obtenue au prix de grandes difficultés, laisse un utérus saignant et en un tel état de dénudation qu'il faudra l'enlever secondairement. Dans le cas que nous rapportons, toutes ces conditions se trouvaient réunies, adhérences épiploïques, adhérences à l'utérus, à la face postérieure duquel le kyste était collé et de plus impossibilité de trouver un plan de clivage ; les annexes du côté opposé étaient malades également, il était logique de sacrifier un utérus inutile pour permettre une opération complète, une reconstitution parfaite du plancher pelvien et éviter cette marsupialisation que Delagenière traite à juste titre « d'aveu d'impuissance » de la part du chirurgien. La mortalité des cas d'hystérectomie abdominale appliquée aux tumeurs solides de l'ovaire que nous avons pu relever est de 4 °/₀ ; elle est faible, et nous croyons donc pouvoir conclure que tout chirurgien qui a une suffisante pratique de l'hystérectomie pourra la pratiquer délibérément dans ces cas à titre d'opération de choix rationnelle et nécessaire.

M. Forgue est très surpris que M Delage n'ait pas trouvé dans la littérature médicale plus de cas de cette opération. Personnellement, il l'a pratiquée déjà une vingtaine de fois et n'a eu qu'à s'en louer.

Certains cas prêtent à l'hésitation. Il pratiqua, dans un cas, l'an passé, le capitonnage de la cavité comme pour les kystes hydatiques. La marsupialisation donne quelquefois des résultats déplorables : il a vu, dans un cas, se développer une évolution néoplasique maligne. Cependant, il suit depuis dix ans une malade opérée par cette méthode et qui n'a d'autre inconvénient que l'issue d'un peu de liquide muqueux par une fistule s'ouvrant de temps en temps.

Digitized by Google

Kyste dermoïde du scrotum fistulisé

Par le Dr ABADIE, chef de clinique chirurgicale

L'*Observation* suivante a été recueillie dans le service de M. le professeur Forgue.

Homme de 35 ans, sans antécédents personnels intéressants, a senti, il y a 16 ans, se développer en avant du scrotum et près de la ligne médiane, presque au point déclive, une tumeur indolore qui augmentait de volume et dont l'évacuation intermittente était spontanée ou nécessitait un coup de bistouri. Il s'en écoulait soit du sang, soit du sang et du pus.

Actuellement, la tumeur, indolore, est de la grosseur d'une amande et laisse sourdre, par un petit orifice fistuleux médian, un liquide mi-séreux, mi-purulent.

Analgésie par injection dans la peau du scrotum et sous la tumeur de 7 cc. de la solution de Schleich n° 2. — 2 pinces à abaissement placées sur le raphé médian limitent les deux angles de l'excision losangique aux ciseaux. La tumeur suit la peau ainsi sectionnée et n'est nullement adhérente aux parties profondes. 4 griffes de Michel.

Examen de la pièce par M. le professeur Bosc (Cah. VI, n° 14). — Peau lisse sur une surface égale à environ une pièce de 5 francs autour d'un orifice à bords nets et épidermisés, blanchâtres sur une partie et bourgeonnants sur l'autre.

Une *coupe* faite sur la face postérieure montre une paroi épaisse, lardacée et, dans le point situé au niveau de l'orifice, une cavité irrégulière à bords tomenteux qui se continue sur un de ses côtés avec un orifice du diamètre d'une tête d'épingle, recouvert d'une paroi blanc grisâtre, assez épaisse et représentant assez bien une surface épidermisée Une aiguille, introduite dans cet orifice, entre dans un trajet fistuleux sur une longueur de 1 centimètre et qui se termine en cul-de-sac. Ce trajet ouvert est revêtu de la même surface épidermiforme.

Examen microscopique. — La surface de la cavité est recouverte par un revêtement malpighien à desquamation cornée, en prolifération papillomateuse dans la profondeur. Par endroits, l'épithélium malpighien envoie même des bourgeonnements étroits qui vont profondément dans le tissu conjonctif embryonnaire parcouru par

Digitized by Google

des vaisseaux à endothélium épaissi et à karyokinèse fréquente. La paroi du diverticule est constituée également par un revêtement malpighien d'aspect papillomateux. Dans l'épaisseur du tissu conjonctif on trouve, surtout en certains points, une infiltration abondante de polynucléaires avec des mastzellen en grand nombre.

Réflexions. — Il s'agit évidemment là d'une fistule consécutive au développement tardif d'un kyste dermoïde du raphé scrotal, kystes dermoïdes sur lesquels *Reclus*, le premier, a attiré l'attention dans une clinique de 1893 en même temps qu'il inspirait la thèse de *Mercadier*.

Chez notre malade, l'histoire clinique seule permet un diagnostic que vient confirmer l'examen histologique ; le revêtement interne de la poche où aboutit la fistule est constitué par un épithélium malpighien. Il y a lieu de noter d'une part le diverticulum également tapissé d'un revêtement malphigien, en second lieu le début de prolifération papillomateuse dans la profondeur.

La pathogénie de ces kystes est simple : ils sont dus à un enclavement de la peau au moment de la formation de la gouttière urétrale.

(A suivre).

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

—

Sous les auspices de la Société Antialcoolique de l'Hérault, le Professeur Grasset a donné le vendredi 8 mai, dans la salle des fêtes du Palais universitaire, une intéressante et spirituelle conférence sur « l'Alcool aliment et poison.»

L'émotion soulevée dans les deux camps pro-alcoolique et antialcoolique par le désormais célèbre article de Duclaux est-elle justifiée ? Loin de là ; le tout est de préciser et de s'entendre. Le tort de Duclaux a été de poser un dilemme qui n'est qu'un paradoxe.

Après avoir défini ce que l'on doit entendre par aliment, M. Grasset montre que, pour une substance, le fait d'être alimentaire n'entraîne pas pour corollaire que celle-ci ne soit pas toxique. Nombre d'aliments sont toxiques par essence ; nombre d'aliments peuvent le devenir par ingestion en trop forte masse. De ce qu'une substance est un aliment il faut donc se garder de conclure qu'elle n'est pas un poison.

Digitized by Google

Il faut ensuite se pénétrer de la différence considérable qui existe entre l'alcool des chimistes et des physiologistes et l'alcool de consommation, base du litige, chargé d'aromes et d'essences qui transforment et renforcent ses qualités toxiques.

Ceci posé, les expériences d'Atwater et Benedict, mises en vue par Duclaux, prouvent simplement que l'alcool à doses faibles et filées, c'est-à-dire sagement employé, est, comme maints hydrocarbures, un remarquable et économique producteur d'énergie, à rendement supérieur à bien d'autres. Ces expériences prouvent donc que l'alcool, mais à ces doses-là seulement, est précieusement utilisable par l'organisme ; à dose physiologique, il peut donc être considéré, scientifiquement, comme un aliment.

Mais, dans tout ceci, rien ne prouve que, à doses immodérées, qu'agrémenté de subtiles essences, le même alcool ne puisse être hautement nocif. On ne peut pas se targuer davantage de l'emploi de l'alcool à titre de médicament pour établir qu'il n'est pas un poison. La plupart des médicaments sont, au contraire, violemment toxiques, mais toujours quand on dépasse la dose de rendement utile. Le caractère toxique et nocif de l'alcool, tel qu'il résulte des travaux des physiologistes et des données cliniques, n'en persiste pas moins.

La limite de tolérance, au delà de laquelle commencent à se montrer des troubles fonctionnels, a été indiquée par Gréhant. Pour se maintenir en deçà, il faut que le sang du sujet ne contienne pas plus de 1 milligramme d'alcool à 100 centimètres cubes ; ce qui répond à une absorption de 1 centimètre cube d'alcool par kilogramme de poids du corps et par vingt-quatre heures. Encore importe-t-il que cette dose ne soit pas absorbée massivement, en une seule fois, mais également répartie dans les vingt-quatre heures pour faire face au fur et à mesure aux besoins des combustions.

En dehors de ces conditions, l'alcool récupère immédiatement son rang parmi les pires poisons, et, comme tel, il mérite toujours les honneurs de la lutte mondiale entreprise contre ses déprédations. Il serait excessif, bien difficile et bien maladroit, de vouloir, du coup, anéantir totalement sa consommation. Si le sage, et même l'abstinent, doivent se pénétrer de sa valeur bienfaisante, enfermée en des limites précises, l'ivrogne et l'alcoolique inconscients devront toujours être mis en garde contre ses ravages ouverts ou sournois, et la Société se doit de les protéger, malgré eux, contre « Lui » et contre eux-mêmes.

Digitized by Google

Ainsi, le tolle général soulevé par Duclaux, par les expériences d'Atwater et Bénédict aura amené cet estimable résultat de préciser le terrain des œuvres antialcooliques. « L'alcool, à certaine » dose réduite et dans certaines conditions d'administration, est » un aliment permis ; mais l'alcool reste un poison grave et l'alcoo- » lisme reste une des grandes plaies, un des grands fléaux des » sociétés modernes ; l'œuvre des ligues antialcooliques reste » une œuvre bonne et nécessaire pour la Patrie et pour l Humanité. »

Telle fut la philosophique conclusion de l'instructive conférence.

NOUVELLES

—

Académie des Sciences et des Lettres de Montpellier. — *Prix Lichtenstein :* Un prix de *trois cents francs* sera donné en 1906 sous le nom de prix Lichtenstein.

L'Académie, conformément aux intentions du fondateur, ne fixe pas de sujet ; les concurrents le choisiront à leur gré, et tout mémoire sera accepté, s'il porte sur la *Zoologie relative aux animaux, l'homme excepté.*

Les mémoires pourront être manuscrits ou imprimés. Sont exclus du concours les ouvrages imprimés depuis plus de trois ans au moment du concours, et tout mémoire qui aurait été l'objet de quelque récompense dans un concours antérieur.

Les mémoires manuscrits ou imprimés doivent être déposés au Secrétariat de l'Académie le 31 décembre 1905.

Le prix sera distribué à la séance générale du mois de février.

Prix Ricard. — Les conditions et dates sont absolument identiques à celles du Prix Lichtenstein.

Tout mémoire sera accepté s'il a pour objet un sujet d'*Histoire ou d'Archéologie relatif au Bas-Languedoc* (*Numismatique, Epigraphie,* Histoire locale, Histoire d'une Institution, etc., etc.)

—

Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux. — *Prix Jean Dubreuilh* : Suivant l'intention du fondateur, ce prix, d'une valeur de 400 francs, devant être décerné au meilleur mémoire sur un

Digitized by Google

sujet de pratique obstétricale, la Société de Médecine et de Chirurgie met au concours la question suivante : *Etude des cas dans lesquels l'accoucheur peut et doit interrompre la grossesse.*

Les Mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, *franco de port*, à M. Frèche, Secrétaire général de la Société, 42, cours de Tourny. Les Membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître ; chaque Mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

Les mémoires devront être adressés jusqu'au 30 avril 1904.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Tableau des Actes du 10 au 16 Mai 1903.

Mardi midi 1/2, 3e examen, 2e partie, oral, examinateurs : MM. Granel, Ducamp, Raymond ; candidats : MM. Favelle Bonavita, Syphantos. — Midi 1/2, thèse, examinateurs : MM. Tédenat, Baumel, de Rouville, Jeanbrau ; candidat : M. Baïtcheff.

Mercredi, midi 1/2, 1er examen, examinateurs : MM. Gilis, Mouret, Jeanbrau ; épreuve pratique à 10 heures ; 3 candidats. — Midi 1/2, 4e examen, examinateurs : MM. Berlin-Sans, Sarda, Galavielle ; candidats : MM. Galib, Guigues, Aly-Wabby. — 10 heures 1/2 5e examen, 1re partie, examinateurs : MM. Tédenat, Forgue, Vallois ; candidats : MM. Durand, Utéza.

Vendredi, midi 1/2 3e examen, 2e partie, épreuve pratique, examinateurs : MM. Rodet, Bosc, Vedel ; candidats : MM. Sauvaire, Koucheff, Benoit R. — Midi 1/2, 4e examen, examinateurs : MM. Hamelin, Sarda, Vires ; candidats : MM. Raffalli P., Raffalli L., Pimelli. — Midi 1/2, thèse, examinateurs : MM. Truc, Estor, Imbert, Jeanbrau ; candidat : M. Laurans. — Midi 1/2, thèse, examinateurs : MM. Grasset, Baumel, Brousse, Rauzier ; candidat : M. Beniaya.

Samedi, midi 1/2, thèse, examinateurs : MM. Forgue, Estor, Imbert, Jeanbrau ; candidat : Couderc.

L'Éditeur-Gérant : P. DELORD-BOEHM.

Montpellier. — Imprimerie DELORD-BOEHM ET MARTIAL.

Digitized by Google

N° 21 24 MAI 1903. TOME XVI

MONTPELLIER MÉDICAL

Journal Hebdomadaire paraissant tous les Dimanches

PEMPHIGUS CONTAGIEUX DES NOUVEAU-NÉS

Par le Dr VALLOIS

Professeur agrégé à la Faculté de Montpellier

En 1902, dans le service dont j'étais alors chargé, j'ai eu l'occasion d'observer quelques cas de pemphigus épidémique des nouveau-nés. On sait que, sous ce nom, on désigne une affection frappant de préférence les tout jeunes enfants, caractérisée par une éruption bulleuse, de plus épidémique et contagieuse ; les lésions cutanées sont inoculables et auto-inoculables.

Hervieux, en 1868, rapporte une épidémie qu'il a observée à la Maternité et qui s'est étendue à 150 enfants.

Plus tard, Homolle en observe une autre dans le service d'accouchements de la Charité, et Besnier trace les caractères cliniques de la maladie [1].

En 1875, E. Vidal en compte une cinquantaine de cas à la maternité de l'Hôpital Saint-Louis. Cet auteur admet la transmission du pemphigus épidémique non seulement de l'enfant à l'enfant, mais encore de l'enfant à l'adulte. Il relate deux cas de contagion chez deux femmes dont les

[1] Rapport de la commission des maladies régnantes ; Société méd. des hôpitaux, 1874.

Digitized by Google

enfants étaient déjà atteints de cette affection. Enfin, Vidal et ses élèves mettent en évidence l'inoculabilité et l'auto-inoculabilité des lésions cutanées du pemphigus épidémique.

De même que son caractère épidémique et contagieux, la symptomatologie de l'affection est nettement établie. Elle se distingue donc des autres affections bulleuses, qu'elles appartiennent ou non à la famille du pemphigus. Indépendamment des conditions où il apparaît et de son mode d'évolution, le pemphigus épidémique diffère des syphilides bulleuses par le volume et le siège des lésions. Dans le cas de pemphigus épidémique, jamais E. Vidal n'a vu de bulles à la paume des mains, ni à la plante des pieds, tandis que ces parties sont le siège presque constant du pemphigus syphilitique. Un auteur russe aurait cependant observé un cas de pemphigus d'origine syphilitique ayant respecté la paume des mains et la plante des pieds[1].

Si l'on admet que le plus souvent le pemphigus épidémique ne présente pas une grande gravité et n'amène pas la mort, on doit reconnaître que dans certains cas il s'accompagne de complications plus ou moins sérieuses (ophtalmies, troubles digestifs...), ou encore de phénomènes d'infection généralisée et qu'alors l'affection peut devenir mortelle.

Existe-t-il un microbe pathogène dans le pemphigus épidémique ? Pour Brocq[2], le pemphigus épidémique des nouveau-nés n'est qu'un impetigo contagiosa: « C'est certainement une affection microbienne due à l'inoculation et au développement d'un microbe, streptocoque pour Sabouraud, staphylocoque peut-être pour d'autres. » Sa place ne serait pas dans le groupe des dermatoses dites pemphigus vrais.

En raison de la nature épidémique et contagieuse de la

[1] Semaine médicale, 19 mars 1902.

[2] La Pratique Dermatologique, par Besnier, Brocq et Jacquet : t. III, p. 835 (Paris 1902).

Digitized by Google

maladie, il est naturellement indiqué d'isoler les enfants atteints et de prescrire aux personnes appelées à soigner les petits malades (mères, nourrices, gardes) les précautions les plus minutieuses, afin d'éviter de se contaminer ou de servir d'agents de contagion. De plus, étant donné le caractère d'auto-inoculabilité des lésions, on recommande de veiller à ce que l'enfant lui-même ne soit pas exposé à cette cause nouvelle d'infection. On conseille également de soustraire les parties malades à tout frottement, à tout traumatisme.

Quand les bulles sont ouvertes, on fait des lotions fréquentes avec de l'eau de feuilles de noyer boriquée ; on touche une fois par jour ou tous les deux jours avec une solution de nitrate d'argent au 100e ; enfin, on panse avec une poudre inerte (oxyde de zinc, talc, sous-nitrate de bismuth), ou bien on applique d'abord une pommade à l'oxyde de zinc boriquée au 20e, puis par dessus la poudre inerte (Brocq).

Si les bulles sont confluentes et que la peau soit enlevée sur de vastes étendues, Brocq donne la préférence au pansement simple soit avec le liniment oléo-calcaire aseptique, soit avec la vaseline boriquée au 20e.

Dans les cas graves, le même auteur conseille de soutenir les forces du petit malade, de lui faire respirer un air sain chargé d'oxygène...

Après ces quelques considérations générales sur le pemphigus épidémique des nouveau-nés, nous relaterons les faits que nous avons observés :

Marie M..., âgée de 21 ans, entrée à la Clinique obstétricale de Montpellier le 9 décembre 1901, y accouche le 23 janvier 1902.

Ses parents sont bien portants. Elle-même n'a jamais été malade.

Accouchement spontané d'un enfant du sexe masculin, pesant 3.300 grammes.

L'enfant s'est présenté en OIDP. La poche des eaux s'est rompue spontanément à la dilatation complète.

Digitized by Google

Le placenta pèse 560 grammes.

Suites de couches normales. La température la plus élevée a été 37°2, le lendemain de l'accouchement.

Au moment de la naissance, l'enfant présente, au niveau du cou, des bulles à contenu transparent, du volume d'une lentille ou d'un gros pois, au nombre de sept à huit environ, localisées surtout à la région postérieure du cou et empiétant un peu sur la région occipitale. Ces bulles sont nettement isolées et la peau qui les entoure a une coloration rosée normale.

La face dorsale des phalangettes des trois doigts du milieu de la main droite est d'un rouge vif, et l'épiderme soulevé forme une phlyctène, qui entoure l'ongle et dont le contenu, d'abord transparent, devient lactescent au bout de deux ou trois jours. Les bulles du cou et des doigts se rompent et le derme apparaît rouge vif Pansements secs.

L'enfant prend bien le sein. Il ne présente ni vomissements. ni diarrhée.

Le 3me jour, apparaissent, à la face interne des talons et un peu au-dessus des malléoles internes, des bulles de la dimension d'une pièce de o fr. 50, à contenu clair. Le lendemain, une éruption semblable se montre au niveau du pli fessier (3 ou 4 bulles). Au bout de 24 heures, les bulles évacuent leur contenu ; chute de l'épiderme.

Le 5me jour, l'éruption se généralise à tout le corps, tout en respectant la paume des mains et la plante des pieds Les bulles varient, comme dimension, entre une pièce de o fr. 50 et une pièce de 2 fr. Elles se rompent au bout de 24 heures. L'épiderme se desquame par grandes plaques, laissant à nu le derme. L'enfant perd ainsi une surface épidermique que l'on peut évaluer au tiers environ de sa surface totale.

Le 7me jour, la face est envahie. Les paupières et les joues sont le siège de bulles, du volume d'une grosse lentille, qui se rompent le lendemain de leur apparition. Au niveau des lèvres et des pariélaux, même éruption. En tous ces points, les bulles sont remplacées par des croûtes jaunâtres ressemblant à celles de l'impetigo. Les croûtes sont surtout épaisses au niveau de la lèvre supérieure et des ailes du nez. Elles gênent la succion et la respiration. L'enfant est nourri à la cuiller.

Le 8me jour, apparaissent, au niveau de la voûte palatine, des plaques jaunâtres, à bords irréguliers, envahissant environ la

Digitized by Google

moitié de cette voûte, faciles à détacher et laissant à découvert une surface saignante.

L'enfant éprouve quelque difficulté à avaler et respire moins facilement par le nez. Bientôt il est pris de vomissements, de diarrhée, et il commence à maigrir. Il perd en moyenne 25 gram. par jour.

Température rectale :

12me jour, 35° m., 35° s.;

13me jour, 36°,8 m., 37°,8 s.;

14me jour, 39° m., 39° s.;

15me jour, 40°,1 m.

L'enfant, qui depuis quelques jours va en dépérissant, succombe le 15me jour.

Malgré les précautions prises pour éviter la contagion, huit enfants du service présentent successivement des bulles de pemphigus sur divers endroits du corps, sauf au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds Trois de ces enfants sont atteints d'ophtalmie, qui cède relativement assez vite, après instillation de gouttes d'une solution de sublimé.

Chez aucun de ces huit petits malades, l'éruption ne se généralise à tout le corps. Tous guérissent sans que l'état général soit altéré (ni élévation de température, ni vomissements, ni diarrhée). Chez eux, l'augmentation de poids reste normale.

Deux ou trois jours avant la mort du premier enfant, on recueille, avec les précautions indiquées, du pus provenant d'une de ses bulles et on l'examine au point de vue bactériologique : on y constate nettement la présence du streptocoque.

Les examens ultérieurs, qui portent sur le contenu des bulles présentées par les autres enfants, décèlent seulement la présence du staphylocoque.

Nous devons ajouter qu'un élève du service, qui a examiné les petits malades, a présenté sur un de ses doigts une petite bulle pleine d'un liquide plus ou moins jaunâtre qui, traitée par des compresses trempées dans une solution de sublimé, a disparu au bout d'une semaine environ sans laisser de cicatrices.

Digitized by Google

LEÇON D'OUVERTURE

DU

COURS D'HYGIÈNE

FAITE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Le 6 Mars 1903

Par H. BERTIN-SANS

(*Suite et fin.*) — Voir nos 18, 19, et 20, pag. 449, 479 et 505).

Avec la tuberculose nous nous heurtons à des difficultés plus grandes encore ; renonçant, sous l'influence des idées de Broussais, aux mesures de protection qui étaient usitées au commencement du siècle dernier, nous avons laissé le mal s'implanter chez nous de telle façon que ce ne sera pas trop des efforts et de la bonne volonté de tous pour parvenir à le déraciner ou seulement à restreindre ses ravages. La tuberculose est sans contredit aujourd'hui en Europe la plus répandue de toutes les maladies. Elle tue chaque année 90.000 personnes en Allemagne, 60.000 en Hongrie, à peu près autant en Italie, en Autriche, en Angleterre ; en France, elle fait annuellement, suivant les calculs de Brouardel, 150.000 victimes. C'est tous les ans une population égale à celle d'une ville comme Toulouse ou d'un département comme le Gard que nous voyons disparaître, et nous avons jusqu'ici assisté impassibles à ces hécatombes de vies humaines qui laissent pourtant loin derrière elles celles causées chez nous par les épidémies les plus meurtrières de choléra. « Il s'agit ici, comme le fait remarquer le savant président de la Commission de la

Digitized by Google

tuberculose, d'un péril public; rester inactif, c'est accepter la défaite. Les peuples voisins ont entrepris la lutte avec un succès qui assure le nôtre si nous ne nous abandonnons nous-mêmes. » L'importance du résultat sur lequel on est actuellement en droit de compter justifie d'ailleurs les plus grands sacrifices.

Vous savez, Messieurs, que de tous les modes de transmission de la tuberculose le plus fréquent est sans contredit celui qui est la conséquence de l'inhalation des bacilles rejetés avec les produits de l'expectoration des tuberculeux. Certes, contrairement à l'opinion soutenue par Koch au congrès de Londres ou plus récemment encore à la conférence de Berlin, et conformément aux résultats des dernières expériences de Nocard, Arloing et autres, nous estimons qu'il est indispensable de se mettre en garde contre l'ingestion de viande et surtout de lait d'animaux tuberculeux ; mais nous n'en devons pas moins reconnaître que ce sont surtout les crachats qu'il faut redouter, parce que c'est surtout par les voies respiratoires que nous contractons la tuberculose et que nous avons la déplorable habitude de cracher partout. Si l'on tient compte de la généralité de cette habitude, de la proportion si élevée des tuberculeux, de la persistance si grande de la virulence du bacille de Koch dans les produits d'expectoration, du nombre considérable de bacilles qu'un tuberculeux rejette en dehors de son organisme, une trentaine de millions par quinte de toux d'après les calculs de Heller, on conçoit l'énorme dissémination qui doit en résulter pour le germe de la maladie, et, si l'on fait intervenir encore les autres modes de contagion, on en vient à se demander comment il se fait que les ravages de la tuberculose ne soient pas plus étendus. Heureusement, nous pouvons résister à l'ennemi envahisseur, et ce d'autant mieux que nous sommes mieux armés pour la lutte phagocytaire que nous aurons à engager avec lui.

Digitized by Google

L'hygiène de la tuberculose ne doit donc pas se borner à viser le bacille, elle doit viser l'individu afin de rendre inoffensifs les germes qu'elle n'aura pu empêcher d'arriver jusqu'à lui. C'est là d'ailleurs une remarque qui s'applique d'une façon générale à la lutte contre toutes les maladies microbiennes, mais elle paraît emprunter ici une importance particulière à la fréquence de l'attaque et à la valeur des moyens de défense dont nous disposons. Les mesures prophylactiques les plus efficaces que l'on sache opposer jusqu'à présent à la propagation de la tuberculose peuvent être rangées en deux catégories : les unes sont surtout relatives à l'éducation des tuberculeux et à leur traitement, autant d'ailleurs en vue de les guérir que de supprimer le danger qu'ils font courir à leur entourage ; les autres comportent l'amélioration des conditions hygiéniques générales des individus et en particulier l'assainissement de ces maisons insalubres qui sont, suivant l'heureuse expression de Brouardel, « les foyers où se cultive et d'où rayonne la tuberculose ». L'Angleterre et l'Allemagne ont, depuis plusieurs années, entrepris la lutte à l'aide de semblables mesures, mais tandis que l'Angleterre s'attachait surtout à l'application des secondes, l'Allemagne poursuivait plutôt la réalisation des premières. Les résultats obtenus par ces deux méthodes sont déjà tels qu'il ne saurait guère plus subsister de doute sur l'efficacité comme sur l'économie de l'une et de l'autre.

C'est depuis 1850 et surtout depuis 1875 que l'Angleterre s'est attachée par une série d'*Acts* ou de lois à améliorer l'Hygiène publique, dépensant, pour ainsi dire, sans calculer pour atteindre le but poursuivi, comme si elle était sûre d'avance que le résultat la dédommagerait toujours largement de ses sacrifices. C'est ainsi que de 1850 à 1875 elle a affecté 120 millions à la salubrité publique, qu'elle lui a consacré 3 milliards de 1875 à 1890 et qu'elle a, actuellement, plus de 8,000 agents sanitaires rétribués, chargés de veiller à la

Digitized by Google

stricte observation de ses édits. Grâce à l'assainissement progressif qu'elle est parvenue à réaliser pour ses logements individuels et collectifs, grâce à l'amélioration graduelle de l'hygiène publique, elle est arrivée à restreindre sa mortalité par tuberculose pulmonaire (pour ne parler ici que de la forme de tuberculose la plus fréquente et pour laquelle nous possédons les renseignements les plus précis), de 44 °/₀ en 50 ans ; pour 27 phtisiques par 10.000 habitants qu'elle perdait en 1851, elle n'en perd plus que 15 en 1900; elle économise donc annuellement, aujourd'hui, sur sa population totale, près de 60.000 existences; et les progrès ainsi effectués sont d'autant plus méritoires que l'on est parti dès le début d'un taux relativement peu élevé (27 décès pour 10.000 habitants), et que la mortalité n'a pas suivi, dans les pays où la lutte n'était point engagée, la même marche décroissante. Les calculs de Romme montrent en effet que, de 1880 à 1895, tandis que le chiffre des victimes faites par la tuberculose baissait en Angleterre et en Allemagne de 22 et de 25 °/₀, il augmentait au contraire chez nous de 24 °/₀. Il faut remarquer d'ailleurs que, comme on devait s'y attendre, les mesures prophylactiques adoptées en Angleterre ont influé, non seulement sur la mortalité tuberculeuse, mais aussi sur la mortalité causée par d'autres maladies. Le bénéfice a donc été plus grand encore que nous ne le signalions tout à l'heure.

En Allemagne, et ceci vient puissamment à l'appui de notre thèse, ce sont des considérations d'ordre purement financier qui ont décidé deux puissantes organisations sociales, les caisses d'assurance contre l'invalidité et la vieillesse et les caisses d'assurance contre la maladie, à participer à la lutte entreprise contre la tuberculose à l'aide des sanatoria populaires et à en assurer le succès. Frappées de la proportion élevée de rentes d'invalidité ou de maladie qu'elles payaient à des tuberculeux, ces compagnies se lais-

Digitized by Google

sèrent facilement convaincre par les calculs du docteur Gebhardt et de l'Office impérial d'hygiène, qui leur démontraient qu'il serait plus avantageux pour elles de faire traiter, dès le début de leur maladie, leurs tuberculeux dans des sanatoria, où bon nombre ne tarderaient pas à s'améliorer ou à se guérir, que d'avoir à leur servir des pensions jusqu'à leur mort. Les résultats furent d'accord avec les prévisions, et les bénéfices furent même suffisants pour que les caisses d'assurances aient accepté d'assumer des charges nouvelles telles que indemnité aux familles des tuberculeux hospitalisés, désinfection des logements contaminés, etc. Grâce au puissant appui qu'ils ont ainsi reçu, les sanatoria ont pris, en Allemagne, une rapide extension, et, comme ils ne sont pas uniquement un excellent moyen de traitement, qu'ils constituent encore une mesure prophylactique des plus efficaces, en isolant le tuberculeux de sa famille et en lui donnant une éducation dont il fera profiter, une fois guéri ou amélioré, tout son entourage, on conçoit qu'ils aient dû exercer sur la diminution de la mortalité tuberculeuse dans l'empire Allemand une grande influence.

Leur création, il est vrai, est encore de date trop récente pour qu'on puisse raisonnablement leur attribuer tout le bénéfice réalisé depuis quelque temps dans cette voie, et il est bien certain qu'il faut faire entrer en ligne de compte les mesures générales de salubrité que l'Allemagne a édictées et fait appliquer tout comme l'Angleterre. Mais il ne faut pas non plus perdre de vue que c'est surtout par les sanatoria que l'Allemagne a engagé la lutte contre la tuberculose, et il suffit, pour se convaincre de l'efficacité de cette arme, de remarquer que pendant ces dernières années la mortalité tuberculeuse a baissé bien plus rapidement en Allemagne qu'en Angleterre, et de jeter un coup d'œil sur les statistiques fournies soit par les sanatoria eux-mêmes, soit par les compagnies d'assurance qui les alimentent en

Digitized by Google

malades ; les plus défavorables de ces statistiques sont encore bien encourageantes.

Les résultats obtenus par deux grandes nations voisines, l'Angleterre et l'Allemagne, qui n'ont envisagé plus particulièrement chacune qu'un des côtés de la question, et qui sont cependant arrivées à réduire ainsi en 15 ans, comme je viens de vous le dire, leur mortalité par tuberculose de 22 et de 25 °/₀, sont donc assez concluants pour que nous ne puissions hésiter plus longtemps à entamer, nous aussi, la lutte. Tout le monde est d'accord sur ce point, sinon sur le plan de campagne à adopter, et il ne faudrait pas que, pour le mieux dresser, nous restions plus longtemps inactifs. Du reste, de tous côtés l'on s'agite et l'on paraît désireux de rattraper en quelque sorte le temps perdu. Nous sommes depuis 15 jours sous le régime d'une nouvelle loi qui peut constituer vis-à-vis de la tuberculose une arme redoutable ; on commence, d'autre part, à s'occuper sérieusement de la création de sanatoria populaires ; je sais bien que nous ne sommes pas en général très observateurs des lois d'hygiène, et qu'aucun agent sanitaire n'est chargé, chez nous, de veiller à leur application ; je sais bien que, pour avoir un nombre suffisant de sanatoria, il faudrait, d'après Romme, consacrer un capital de 200 millions à leur construction et une rente annuelle de 70 millions à leur entretien, et que nous n'avons pas chez nous la puissante organisation d'assurance qui existe en Allemagne ; mais je sais aussi que, si l'on réussissait à réduire en France la mortalité tuberculeuse à ce qu'elle est aujourd'hui en Angleterre, c'est près de 100,000 existences que l'on économiserait chaque année ; je sais aussi que, si l'on parvenait à étendre aux 150,000 Français qui contractent tous les ans une tuberculose mortelle, les résultats moyens des sanatoria Allemands, tous les ans on guérirait définitivement 7,500 de ces malheureux, tous les ans on en rendrait à la vie et au travail, pour une période

Digitized by Google

d'au moins trois années, 105,000 autres ; sans compter que l'on diminuerait en même temps, pour ceux qui ne sont pas encore atteints, les chances de contagion ; quel bénéfice immense ne réaliserait-on pas ?

Je m'arrête dans cette démonstration ; il me suffira d'évoquer devant vous, entre bien d'autres, les noms de fièvre typhoïde, d'alcoolisme, de peste, de choléra pour vous faire entrevoir les importantes économies d'existences que nous pourrions réaliser encore par des mesures bien comprises, ou que nous réalisons déjà, sur une partie du globe, grâce à l'efficacité du règlement sanitaire international et des règlements de police sanitaire maritime.

L'appréciation plus ou moins précise de ce qu'a pu coûter, dans les divers cas que nous venons d'envisager, la conservation d'une vie humaine, nous conduit naturellement maintenant à nous poser cette autre question (qu'il est sans doute impossible de résoudre avec une rigueur mathématique, mais dont la solution, même faiblement approximative, n'est pas sans avoir une haute importance pour la thèse qui nous occupe), la question d'estimer ce que peut bien coûter une maladie, ce que peut bien valoir une vie humaine.

L'idée d'apprécier en valeur pécuniaire les bienfaits de l'hygiène est d'origine anglaise. Edwin Chadwick, le docteur Farr, Douglas-Galton, James Paget, ont essayé les premiers de calculer les millions que fait perdre annuellement aux groupes de populations le tribut qu'elles payent à la maladie et à la mort ; ils ont été imités en France par Jules Rochard et Armaingaud.

« La vie humaine, nous dit Rochard, indépendamment de sa valeur morale et intellectuelle que personne ne songe à chiffrer, a une valeur matérielle, elle représente un capital. La loi ne l'envisage pas d'une autre manière quand elle impose des dommages et intérêts à celui qui a causé involontairement la mort d'autrui, et nous-mêmes, lorsque nous

Digitized by Google

contractons une assurance sur la vie, nous estimons que notre existence vaut une certaine somme et nous voulons garantir à notre famille, en cas de décès, le remboursement de cette somme, exactement comme si nous assurions une maison contre l'incendie ou un navire contre le naufrage. »

S'appuyant sur des considérations de diverse nature, l'éminent hygiéniste arrive à estimer que la vie d'un travailleur adulte représente, au taux des rentes viagères, un capital de 6.000 fr., chiffre d'ailleurs inférieur à la plupart de ceux indiqués avant lui. En tenant compte ensuite de l'influence de l'âge, du sexe, de la condition sociale, Rochard trouve que la valeur moyenne d'un Français est de 1.097 fr. Chaque décès se traduit donc par une perte de 1.097 fr. pour le capital social. Si l'on évalue sur cette base la perte causée en 1898 par les décès de cette année, on la trouve de 888.650.081 francs ; c'est la *dîme mortuaire*, à laquelle il faut ajouter encore la *dîme morbide*, constituée par les frais de traitement des malades à domicile ou à l'hôpital, et par l'incapacité de travail qui résulte de la maladie. On arrive ainsi à un total supérieur à 15 cents millions, somme colossale qui représente près de la moitié du budget de l'Etat et qui cependant est plutôt inférieure à la réalité.

Mais quelle est l'économie que l'on pourrait effectuer sur une pareille somme ; les quelques exemples que je viens de vous rapporter ne vous en donnent sans doute qu'une idée partielle ; mais ils suffisent pourtant à montrer, si l'on rapproche les résultats déjà obtenus, ou sur lesquels on est en droit de compter, de la valeur pécuniaire de ces résultats mêmes et des frais correspondants, qu'il y a, comme nous l'avons déjà indiqué, disproportion évidente et considérable entre le chiffre des recettes et celui des dépenses. Ils suffiraient encore à établir que l'on reste certainement au-dessous de la vérité en évaluant avec Rochard à 1/9 environ l'économie annuelle de santés et d'existences que l'hygiène serait

Digitized by Google

dès aujourd'hui à même de réaliser en France. La seule application des méthodes et des préceptes sanitaires pourrait donc diminuer de près de 200 millions la rançon que nous payons tous les ans à la maladie et à la mort.

Ainsi les bienfaits de l'hygiène non seulement ne coûtent rien, mais rapportent, au contraire, en épargnant et augmentant dans des proportions aussi fantastiques qu'inattendues la richesse publique, et à la question que nous nous sommes posée au terme de cette étude : *pourquoi faut-il cultiver l'hygiène ?* nous pouvons non seulement répondre parce que les santés et les vies qu'elle protège valent bien les quelques sacrifices et les quelques dépenses qu'elle impose, mais même, parce qu'au lieu d'être une dépense et un sacrifice, cette protection constitue, pour les Sociétés et les Etats, un magnifique budget de recettes, un puissant moyen d'accroître, avec la fortune d'un pays, le bien-être physique et moral de ses habitants.

Sans doute, il faut mettre des bornes aux ambitions de l'hygiène, son idéal étant, comme tous les autres, un but vers lequel il faut toujours tendre sans espérer jamais l'atteindre ; sans doute l'hygiène n'éteindra pas tous les foyers, toutes les causes actives de maladie ; encore moins empêchera-t-elle l'existence de se terminer à son heure ; elle ne prétend pas triompher de la mort, incapable qu'elle est de transformer l'essence primitive de notre être et les conditions primordiales qui nous imposent une fin inéluctable ; mais, par l'exacte application de ses préceptes, elle permettra, de plus en plus, l'achèvement intégral, le déroulement ininterrompu de la vie normale. L'homme, sous la protection de l'hygiène à venir, ne vivra pas plus que sa vie, mais il vivra toute sa vie, suivant l'expression de Réveillé-Parise, et les ciseaux d'Atropos, comme auraient dit Homère ou Virgile, laisseront se dévider jusqu'au bout l'écheveau de son existence.

Digitized by Google

Pas plus que les autres sciences, l'hygiène ne faillira à ses engagements, et si l'annihilation radicale des facteurs pathogènes, la destruction universelle des germes et des causes morbides, le rétablissement complet et permanent de l'harmonie entre nos manifestations vitales et leurs excitants extérieurs, si l'avènement d'une hygiène idéale ou absolue, sont interdits encore à nos aspirations forcément bornées par l'imperfection peut-être fatale de nos connaissances et de nos ressources, toujours est-il que nous nous acheminons vers un état de salubrité relative où la maladie deviendrait l'exception et la santé la règle et qui, nouveau Canaan pour de modernes Moïses, représenterait, sous sa forme possible, l'irréalisable chimère que je viens d'envisager.

Qui, mieux que le médecin, à l'initiative, au patronage, à la direction duquel sont subordonnés la naissance, les progrès et les applications de l'hygiène, assurera finalement cette évolution progressive vers l'état de salubrité relativement parfait que tend ainsi à réaliser cette utile science ? Qui, mieux que vous, pour finir par la pensée qui a dominé cette étude, que vous, futurs dépositaires de la belle et philanthropique mission consistant à soulager et à guérir, pourra, haussant encore les abnégations de son dévouement, diriger son œuvre de protection et de sauvegarde au bénéfice de chacun et de tous, et, après avoir remplacé peu à peu, au fur et à mesure des conquêtes sanitaires, la guérison de l'effet par la suppression de la cause, arrivera un jour à supprimer tellement les causes des maladies évitables qu'il n'en restera, pour ainsi dire, que d'insignifiants effets.

Quel immense et désirable progrès se trouverait alors accompli ! La mort retardée, la maladie réduite, les natalités insuffisantes compensées par les économies d'existences, le croît physiologique des nations ainsi relevé par le moyen le plus direct, la vigueur et la santé de l'homme, comme la

Digitized by Google

force, la puissance et la beauté de la race, indéfiniment accrues, au plus grand profit du bien-être augmenté et généralisé, de la moralité même et de l'intelligence portées à leur plus haut degré, en conformité de cette noble et traditionnelle aspiration de l'hygiène de réaliser la santé de l'âme par celle du corps, la *mens sana in corpore sano*.

C'est à vous, Messieurs, je le répète, de préparer cette évolution de la Médecine à l'Hygiène, c'est à vous de diriger cette transition pour assurer cette métamorphose. La Médecine, après avoir donné naissance à l'Hygiène, lui transmettra ainsi son glorieux héritage. Exécuteurs testamentaires de cette généreuse succession, vous serez au premier rang pour en recueillir les profits ; mais, ce qui plaira bien plus, j'en ai la conviction, à votre esprit scientifique et à vos sentiments désintéressés, vous aurez le mérite d'en avoir compris les avantages et l'honneur d'en avoir généralisé les bienfaits.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

—

Séance du 3 Avril 1903

(Suite et Fin)

Abcès froid mammaire d'origine sous-pleurale

Par le Dr J. Abadie, chef de clinique chirurgicale

Observation. — B... Marie, 46 ans, entre à l'hôpital Suburbain dans le service de M. le professeur Forgue le 17 juin 1901.

Ses antécédents sont chargés de deux pleurésies, toutes deux survenues du côté droit et dont la dernière remonte à 18 ans. Malgré cela, B... Marie est de bonne santé habituelle.

Il y a un an, en palpant son sein droit, la malade sentit une petite tumeur de la grosseur d'une noix située dans le cadran supéro-externe ; elle ne s'en alarma point, cette tumeur étant habituellement indolore, sauf à la suite d'une marche assez longue ; plusieurs fois, au-dessous du sein, point de côté passager. Depuis lors, la tumeur s'est progressivement développée.

Digitized by Google

Actuellement, elle a atteint le volume d'un gros œuf de poule, à contours nets, à contenu très probablement liquide, car on sent une légère fluctuation. La peau n'est pas adhérente, mais elle est sillonnée de veines apparentes, et il existe un peu de retrait du mamelon. Pas de ganglions appréciables au palper.

Diagnostic : Cysto-adénome ou cysto-épithéliome du sein.

Opération le 19 juin 1901. Anesthésie à l'éther Tracé de l'amputation du sein par le Halsted. En approfondissant l'incision, dans sa partie inférieure, le couteau tombe dans une poche kystique d'où jaillit un verre environ de pus séreux, grumeleux, légèrement verdâtre. En outre, sur la face profonde de la poche on aperçoit un orifice à bords fongueux d'où sourd un liquide analogue à celui de la poche. On commence par achever l'amputation du sein avec évidement du creux axillaire d'un seul tenant et en respectant avec soin le rapport de Küster. Ceci fait, et fait rapidement, on s'attaque au trajet fistuleux dont l'orifice débouche entre la 3e et la 4e côte, à 18 centimètres environ du bord sternal, après avoir curetté les restes de poche kystique restés adhérents au plan thoracique au pourtour de l'orifice. Une sonde cannelée, introduite dans le trajet fistuleux, conduit derrière la 4e côte, parallèlement au sternum : résection de la 4e côte sur 5 centimètres environ ; le trajet se poursuit plus bas : résection de la 5e côte sur 5 centimètres. On trouve alors une poche aplatie de 4 centimètres de diamètre environ ayant pour paroi postérieure la plèvre pariétale très épaisse, lardacée, de consistance cartilagineuse; la paroi antérieure a les mêmes caractères ; on la réséque, puis on curette prudemment. Attouchement au naphtol camphré. Hémostase. Suture de la peau au crin de Florence après mise d'un drain au point déclive.

Premier pansement au bout de 10 jours ; réunion par première intention. Le drain est enlevé.

La malade sort guérie au bout d'un mois.

L'examen de la pièce a été fait par M. le professeur Bosc. (Cah. V, n° 82.)

Examen macroscopique. — Mamelon normal. Une coupe faite en passant par son milieu ouvre la cavité dans toute sa hauteur. Du mamelon partent de grosses travées fibreuses nacrées qui s'enfoncent profondément dans la glande, dont on sent les grains à la palpation. Ce tissu fibro glandulaire s'épaissit sur les bords du kyste,

Digitized by Google

où il forme une paroi externe dure, de consistance fibreuse, avec des bosselures volumineuses constituées par des parties glandulaires augmentées et indurées.

La cavité, du volume d'une orange, arrondie, est vidée actuellement de son contenu. Ses parois sont irrégulières, de couleur rougeâtre orangée avec des points ecchymotiques et présentent des saillies, des cordages limitant des alvéoles, en sorte que la surface interne ressemble à la surface d'une vessie à colonnes, violemment congestionnée, avec des points hémorragiques.

En examinant attentivement la surface interne, on remarque qu'elle est tapissée par une membrane grisâtre et comme finement ponctuée. Cette membrane est extrêmement délicate et molle, et se laisse enlever et diviser par le moindre contact. On ne peut pas mieux la comparer qu'à la membrane germinative d'un kyste hydatique.

Au-dessous de la membrane enlevée, on découvre un tissu brillant, d'aspect myxomateux par endroits et présentant de fines granulations transparentes, du volume d'une pointe d'épingle à un grain de sagou. Ces granulations adhèrent fortement par leur base au tissu sous-jacent. Une coupe perpendiculaire dans la paroi montre celle-ci formée par un tissu nacré qui envoie des prolongements dans le tissu adipeux qui l'entoure ; à sa surface interne, ce tissu conjonctif est ulcéré et déchiqueté et recouvert par un tissu friable, rougeâtre, plus ou moins hémorragique et d'une épaisseur de 1 à 2 millimètres.

La poche sous-costale a une paroi bien plus épaisse.

Les ganglions de l'aisselle ont le volume d'un haricot à une petite noisette. A la coupe, ils sont formés par un tissu friable, marron rosé, renfermant des granulations saillantes, blanches, du volume d'une tête d'épingle ordinaire.

Diagnostic de nature. — Abcès froid tuberculeux.

Réflexions. — Il s'agit là d'un abcès froid intra-mammaire d'origine endothoracique péripleurale.

Les abcès tuberculeux de la mamelle sont ou primitifs ou secondaires. Dans le premier cas, leur point de départ est dans le sein même ; il y a caséification de tubercules primitifs du parenchyme. Dans la deuxième variété, ou tuberculose mammaire par perforation (*Piskaček*), déjà signalée et étudiée par *Velpeau*, le foyer tuberculeux initial a son siège en dehors de la mamelle. C'est dans cette classe qu'il faut ranger notre cas.

Digitized by Google

Encore l'origine de ces abcès secondaires est-elle variable; il ne s'agit, en effet, d'autre chose que d'abcès froids de parois thoraciques, singuliers seulement par leur siège et leur développement intra-mammaire.

Dans un premier ordre de faits, le point de départ est une lésion osseuse ou périostique du squelette thoracique. *Mermet*[1] en 1896 a fait une étude d'ensemble de ces « abcès ossifluents intra-mammaires ».

Plus rares sont les abcès froids à point de départ intra-thoracique. Aucune étude spéciale n'en a été faite. Elle se trouve, il est vrai, envisagée dans la description générale faite par *Leplat* des abcès froids thoraciques.

Le cas le plus ancien est rapporté par *Johannet*[2] : Une femme atteinte de tuberculose pulmonaire présente un volumineux abcès du sein à évolution chronique ; on incise et on évacue une abondante quantité de pus verdâtre et fétide ; quelques jours après, mort par hecticité ; à l'autopsie, on trouve des cavernes pulmonaires des deux côtés, des plèvres épaissies par des inflammations chroniques répétées, soudées par des adhérences générales ; en outre « un tubercule sous-pleural de la grosseur d'une aveline, entraînant dans sa fonte le tissu cellulaire ambiant, avait perforé le troisième espace intercostal et s'était infiltré dans le sein ; on suivait avec facilité le trajet du pus ; c'est une sorte de conduit fistuleux tapissé d'une membrane muqueuse. La glande mammaire présente encore çà et là dans son épaisseur cinq ou six gros tubercules dont les uns, presque entièrement ramollis, ont fourni un nouvel élément à la suppuration et ne laissent plus que leur coque; les autres sont encore à l'état de crudité ». Ce cas présente donc avec notre observation de nombreux points de ressemblance ; l'abcès n'est point sous-mammaire ; le pus n'a point refoulé ou contourné la glande, mais s'est développé dans le parenchyme même ; c'est là une disposition exceptionnelle. Le point de départ est également le même dans les deux cas : il est intra-thoracique, sous-pleural ; il est dans cette couche conjonctive, analogue au fascia propria de la cavité abdominale, le fascia endothoracique de Luschka qui double, en dehors, les plèvres pariétales. C'est là qu'à

[1] MERMET. Des abcès ossifluents intra-mammaires. *Arch. gén. de méd* 1896 p. 276.

[2] JOHANNET. Th. Paris. 1853 n° 6.

Digitized by Google

la suite de lésions pleurales se développe parfois une « péripleurite » tuberculeuse, dont l'existence n'est pas sans importance dans l'étude générale des abcès froids des parois thoraciques et trouve ici sa vérification dans un cas bien spécial.

M. Forgue. — L'examen anatomo-pathologique a-t-il montré que la cavité fît partie intégrante du tissu mammaire, qu'il y eût mastite tuberculeuse ?

M. Abadie.— Il ne semblait pas.

M. Forgue. — C'est un point qui mérite examen, car en général l'abcès froid thoracique se propage dans la séreuse de Chassaignac et ne vient pas, comme dans ce cas, pointer dans le sein.

BANQUET DE L'INTERNAT

La dernière réunion annuelle de l'Association amicale des anciens Internes des Hôpitaux de Montpellier s'est tenue dans les salons de l'hôtel Bènes, sous la présidence de M. le docteur Louis Bonnefous, de Rodez.

Etaient présents : MM. les docteurs Ardin-Delteil, Bimar, Bonnefous, Bouvier, Brousse, Cadilhac, Gibert, Gilis, Grasset, Ed. Grynfeltt, Guérin-Valmale, Guy, Imbert, Ménard, Orssaud, Puig-Amettler, Serre, Soubeiran, Teissier, Vedel, Villard,—et les Internes en exercice : MM. Rigaux, Bousquet, Gaillard, Pagès, Blanchard, Rimbaud, Riche.

Excusés : MM. Arrufat, Batigne, Cannac, Dufoix, Estor, Gaussel, prof. Grynfeltt, Itié, Jeanbrau, Magnol, Puech, Vires. — M. Rauzier, secrétaire général, appelé par des circonstances urgentes, s'était fait également excuser.

Après lecture et approbation du procès-verbal de la précédente séance, l'assemblée a pris connaissance de la situation financière (l'Association possède actuellement 2224 fr. 25) et voté 200 francs pour la Bibliothèque de l'Internat.

Digitized by Google

La réunion a été suivie d'un banquet. Au dessert, M. le docteur Bonnefous, président, a pris la parole en ces termes :

MESSIEURS ET CHERS CAMARADES,

Grande fut ma surprise lorsque, il y a quelques jours, une lettre de notre sympathique secrétaire général vint m'apporter la proposition de présider aujourd'hui ce banquet.

Par quelle loi suis-je donc appelé à occuper ici la première place, moi qui depuis dix-sept ans ai quitté cette ville et son cher hôpital, moi perdu dans les montagnes du Rouergue, où l'impérieuse lutte pour la vie ne laisse à l'humble praticien ni trève, ni repos, ni surtout le loisir de continuer à s'instruire.

Mais je retrouve dans mes souvenirs l'explication de cette anomalie... Dès la naissance de notre Association (j'étais alors le dernier des internes), le grand Bouisson, inaugurant nos banquets, s'écria : « Messieurs, il n'y a ici ni agrégés, ni professeurs, ni doyen, ni dignitaires d'aucune sorte ; il n'y a que d'anciens internes des hôpitaux ». Cette première phrase d'un remarquable discours établissait un principe auquel vous avez voulu rester fidèles... Avant d'entrer ici, Messieurs les Professeurs, Messieurs les Agrégés, vous avez tous déposé vos hermines ; vous oubliez, pour l'heure, que vous êtes très grands ; vous renoncez à votre légitime supériorité ; vous ne voulez voir autour de vous que des camarades, et, pour mieux démontrer votre abdication, vous vous êtes donné pour président le plus obscur !...

Je ne saurais assez vous dire, Messieurs, la joie que j'éprouve aujourd'hui à retrouver autour de moi d'anciens maîtres vénérés, d'anciens camarades, et de plus jeunes aussi, qui sont devenus maîtres à leur tour. Eloigné depuis longtemps de la Faculté et séparé de vous par de longues distances, j'avais eu, bien des fois, le désir de venir prendre part à vos fraternelles agapes, et toujours de plus impérieux devoirs s'opposaient à la réalisation de mon rêve. C'était pour moi une douleur, car je n'ai jamais oublié l'Internat. J'ai suivi pas à pas, et avec amour, les progrès de notre Association, dont je m'honore d'être un des premiers artisans. J'ai suivi avec intérêt les travaux de tous mes chers camarades, et j'ai applaudi sans réserve à tous leurs succès. Et lorsque le hasard m'a permis de rencontrer certains d'entre vous sur mon territoire médical, c'est

Digitized by Google

avec une joie indicible que je vous ai accueillis, et c'est avec avidité que j'ai reçu de votre bouche les nouvelles de mes amis.... Monsieur Grasset, vous que j'ai eu l'honneur et la joie de voir le plus souvent, vous à qui je dois spécialement une guérison qui me tient au cœur, veuillez être mon témoin et dire à tous mes camarades quel était le sujet de nos conversations lorsque nous allions côte à côte, trop rarement hélas ! et trop brièvement.

Enfin, je me retrouve, et ce n'est pas sans émotion que j'ai revu Montpellier, sa Faculté et les vieux murs de l'ancien Saint-Eloi qui m'a compté parmi ses derniers internes. J'ai vu avec admiration les progrès grandioses réalisés depuis mon départ, et je regrette, avec quelque amertume, de ne pouvoir rentrer dans ce milieu où vous avez eu, chers camarades, le bon esprit de rester en grand nombre, pour vivre constamment de cette vie laborieuse et intellectuelle par laquelle vous avez porté haut le renom de notre Internat.

Je n'oserais abuser trop longtemps, Messieurs, de mon éphémère pouvoir ; mais je voudrais encore souligner, avec douleur cette fois, certains vides qui se sont faits parmi nous et qui me sont particulièrement pénibles. Combal, Dumas, Gayraud avaient été mes chefs de service ; ils m'avaient honoré de leur amitié. J'avais été le porte-trousse de Dubrueil, et je fus plus tard son interne. Il fut pour moi un maître incomparable, et je professais pour lui une telle admiration que, vous en souvient-il, chers amis, nous l'avions surnommé « le Dieu ». Colombié était mon collègue et mon successeur immédiat. Ses qualités remarquables de cœur et d'esprit lui permettaient d'entrevoir un brillant avenir... Il eut la gloire de mourir au champ d'honneur.

A tous ces chers disparus j'adresse un pieux souvenir.

Et maintenant, Messieurs, serrons nos rangs, liés par l'amitié. Levons nos verres Je bois à l'Association des anciens internes des hôpitaux et à sa prospérité. Je bois à nos aînés, à nos anciens maîtres, en les remerciant d'avoir bien voulu être aussi mes amis. Je bois à mes anciens collègues et spécialement au professeur Tapie, mon camarade de concours. J'applaudis à l'imminente nomination du professeur Rauzier et aux succès de tous ceux qui sont venus après nous.

Quant à vous, Messieurs, les jeunes d'aujourd'hui, suivez avec ardeur la grande et noble lutte à laquelle vous convie l'Internat. Je bois à vos futurs triomphes.

Digitized by Google

M. Rigaux, interne des hôpitaux, s'est exprimé, à son tour, de la façon suivante :

MESSIEURS,

Le privilège de l'ancienneté m'impose le devoir de prendre la parole. Ce devoir m'est trop agréable pour que je n'apporte le plus grand empressement à m'en acquitter.

Je vous remercie donc, au nom de l'Internat, d'avoir bien voulu nous convier à votre banquet, et je crois me faire l'interprète de tous mes camarades en vous disant toute notre joie de nous voir admis ce soir dans votre intimité.

Votre Association constitue une grande famille intellectuelle, où tous les membres se trouvent unis par une solide affection, puisant sa source dans la vie commune de travail que vous avez eue pendant votre séjour dans les hôpitaux. Nous sommes heureux d'appartenir à cette famille, et la sympathie que vous nous avez témoignée en nous appelant ce soir auprès de vous est une preuve de l'inaltérable solidarité qui n'a jamais cessé d'exister à l'Internat.

Nous sommes donc fiers de nous asseoir à cette table, auprès des maîtres les plus éminents de notre Faculté, auprès des praticiens les plus distingués de notre région; nous sommes fiers de penser que vous êtes nos aînés, et que tous vous êtes sortis de cet Internat dont nous sommes actuellement les jeunes représentants.

Grâce à vos brillantes qualités professionnelles, vous avez su créer à l'Internat une glorieuse renommée. C'est à nous qu'il appartient de continuer cette œuvre.

Certes, nous ne nous le dissimulons pas, la tâche est pénible. Si votre exemple est brillant, il n'est que plus difficile à suivre.

Quand pour nous l'heure de la lutte aura sonné, quand notre tour sera venu d'entrer dans cette carrière médicale, parfois si difficile et si délicate, nous nous rappellerons vos qualités ; nous nous efforcerons de vous imiter, persuadés qu'avec de pareils exemples nous saurons conserver à l'Internat la réputation que vous lui avez si bien acquise.

Messieurs, je lève mon verre et bois à la prospérité de l'Internat des hôpitaux de Montpellier.

Digitized by Google

INSTITUT BOUISSON-BERTRAND DE MONTPELLIER

Pendant le mois d'Avril, 36 personnes ont été admises au traitement antirabique.

12 personnes provenaient du département de l'Hérault, 9 de la Haute-Garonne, 4 de l'Aude, 4 de Vaucluse, 3 des Pyrénées-Orientales, 2 du Tarn, 2 de l'Aveyron.

Sur ce nombre 19 personnes ont été hospitalisées.

NOUVELLES

HOSPICES CIVILS DE MARSEILLE. — CONCOURS POUR UNE PLACE DE CHIRURGIEN-ADJOINT. — Le *Lundi 3 août 1903 à 3 heures*, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour une place de Chirurgien-Adjoint pour les Hôpitaux.

Au jour fixé pour l'ouverture du concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme Docteurs de l'une des Facultés de France, être âgés de 27 ans au moins, de nationalité française, ou en mesure de justifier de leur naturalisation. Des anciens internes des Hôpitaux de Marseille, âgés de 26 ans au moins, seront admis à concourir.

Les deux années de pratique comme Docteur ne sont pas exigées des élèves internes dans les Hôpitaux des villes où siège une Faculté, ni des élèves internes des Hôpitaux de Marseille ; ils pourront, en conséquence, concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de Docteur.

CONCOURS POUR UNE PLACE DE CHIRURGIEN-ADJOINT A LA MATERNITÉ. — Un concours sera ouvert à l'hôpital de la Conception, le *Lundi 17 août 1903 à trois heures du soir,* pour une place de chirurgien-adjoint à la MATERNITÉ des Hôpitaux de Marseille.

L'Éditeur-Gérant : P. DELORD-BOEHM.

Montpellier. — Imprimerie DELORD-BOEHM ET MARTIAL.

Digitized by Google

N° 22 31 MAI 1903. TOME XVI

MONTPELLIER MÉDICAL

Journal Hebdomadaire paraissant tous les Dimanches

FRACTURES DE LA TRACHÉE

ÉTUDE CLINIQUE ET MÉDICO-LÉGALE

Revue générale, par le Dr A. GAUSSEL

Ancien interne des Hôpitaux de Montpellier.

HISTORIQUE

Les fractures de la trachée sont un accident relativement rare, bien moins fréquent, par exemple, que les fractures du larynx ; la trachée, par sa position, par sa mobilité, échappe facilement aux traumatismes, causes habituelles de ces fractures. Elles sont aussi un accident grave, qui peut entraîner la mort rapidement, même après une intervention, et qui est susceptible d'intéresser le médecin légiste, comme nous le verrons au cours de cette étude.

La rareté de cette affection, dont nous avons pu réunir une quarantaine d'observations, nous explique le petit nombre de publications sur ce sujet. La plupart des auteurs, qui ont écrit sur les fractures de la trachée, les ont étudiées à propos des fractures du larynx, en particulier au point de vue expérimental.

Pour la première fois, un cas de fracture de la trachée,

Digitized by Google

avec fracture du cartilage cricoïde, est signalé par Weiss d'Altdorf) en 1745 (obs. 39).

Le premier travail d'ensemble sur les fractures de l'os hyoïde du larynx et de la trachée est un mémoire de E. Gurlt paru en 1864 (Handbuch der Lehre von der Knochenbrüchen), dans lequel l'auteur réunit 9 observations de fractures de la trachée; celle-ci était intéressée seule dans 4 cas, le larynx ou l'os hyoïde étaient atteints dans 5 cas. Un seul malade, dans sa statistique, arrive à la guérison après la trachéotomie. Aussi Gurlt recommande-t-il cette intervention au moindre symptôme de dyspnée. Après ce travail, signalons ceux de Hunt (*American Journal of medic. sciences*, avril 1866) et de Hénocque (Des fractures traumatiques des cartilages du larynx. *Gazette hebdomadaire*. N^os^ 39 et 40, 1868) pour arriver à la publication de Fischer. Dans un travail assez important sur la chirurgie du cou (*Deutsche Chir.* Bd. 34, 1880), cet auteur rapporte 14 cas de fracture de la trachée (7 cas de fracture isolée, 7 cas avec participation de l'os hyoïde ou du larynx), dont deux seulement se terminent par la guérison).

Après cet ouvrage nous devons signaler, d'une façon spéciale, la revue générale publiée par Brigel, en 1895, à propos d'un cas observé par lui dans le service du professeur Bruns, à Tübingue. La statistique porte sur 33 cas de fracture de la trachée, dont 12 avec participation du larynx ou de l'os hyoïde. Cet auteur fait entrer parmi les fractures isolées de la trachée, un cas d'intussusception de cet organe qui nous semble devoir en être distrait, car il n'y a pas fracture en réalité. Nous aurons occasion de reparler de cette observation de Lang, demeurée classique à propos du cas personnel que nous avons publié.

Signalons encore en France la thèse de Gimazane (Lyon 1900), qui rapporte quelques observations ayant donné lieu à des expertises médico-légales et qui étudie les fractures

Digitized by Google

de la trachée à ce dernier point de vue avec expériences à l'appui. Il cite dans sa thèse des observations de fractures de la trachée par armes à feu ; ces cas nous paraissent devoir être rattachés à l'histoire des plaies du conduit laryngo-trachéal plutôt qu'au chapitre des fractures.

La question des fractures du larynx et de la trachée a donné lieu à plusieurs publications qui ont trait au mode de production expérimental de ces fractures. Nous signalerons dans cet ordre d'idées les travaux de Keiller (Edinburg. med. jour. 1856, pag. 824), de Cavasse (Essai sur les fractures traumatiques du larynx, Thèse de Paris 1857, n° 4), de Helwig (Casper's Vierteljahrsschrift für gerichtliche und öffenntliche medicin. 1861, vol. 19, pag. 340), Gurlt (déjà cité), Strassmann (Vierteljahrsschrift für gericht. medicin. Vol. 46, 1887), Scheier (Deut. med. Woch., 1893, n° 33).

Les thèses de Bode (1869), de Chailloux (1874), de Fessard (1877), de Catérinopoulos (1879) de Peltzer (1880), de Bessière (1885) et de Szoldrski (1892) que nous citons pour mémoire s'occupent des fractures du larynx, et la question des fractures de la trachée n'y est pas traitée.

Nous devons encore signaler les expériences faites par Gilles de La Tourette à propos d'une affaire médico-légale (affaire Cauvin) et dont les résultats sont consignés dans la thèse de Gimazane.

ÉTIOLOGIE

I. — **Causes prédisposantes**. — *Age*. — Les fractures de la trachée ne sont l'apanage d'aucune époque de la vie. Il semblerait, *a priori*, que leur fréquence dût être plus grande chez l'adulte et surtout chez le vieillard, car la calcification plus ou moins prononcée des cartilages est une cause prédisposante à leur rupture plus facile. Cette calcification du tissu cartilagineux de la trachée serait bien plus

Digitized by Google

fréquente que l'ossification d'après Schroetter et s'observerait surtout après l'âge moyen de la vie. Cependant, même chez des sujets jeunes, cette modification de structure, qui rend le cartilage plus vulnérable, a pu être observée, ce qui nous explique en partie la fréquence chez eux des fractures de la trachée. En compulsant nos 40 observations, nous remarquons que douze fois il s'agit de sujets ayant moins de 20 ans (Dans un cas même, le petit malade n'avait que 21 mois). Treize fois il s'agit d'adultes ayant de 20 à 40 ans, dans 6 observations seulement le sujet avait plus de 40 ans.

De 0 à 20 ans : 12 cas.
De 20 à 40 ans : 13 cas.
Au-dessus de 40 ans : 6 cas.
Pas d'indication d'âge : 9 cas.

D'ailleurs il est possible, que chez les sujets jeunes, la solution de continuité du conduit trachéal porte plus souvent sur la membrane fibreuse que sur les anneaux cartilagineux. Comme certaines observations se terminent par la guérison et sans trachéotomie, et que dans tous les cas de mort il n'y a pas eu autopsie, nous ne saurions demander à la statistique une comparaison entre la fréquence des fractures cartilagineuses ou des déchirures membraneuses suivant l'âge.

Sexe. — Le sexe masculin paraît plus souvent atteint (27 hommes contre 8 femmes, sur 35 observations où le sexe est signalé). Cette plus grande fréquence s'explique assez facilement, l'homme étant par ses occupations plus exposé que la femme aux traumatismes de tout ordre, qui sont de beaucoup l'élément le plus important parmi les causes déterminantes.

II. — **Causes déterminantes.** — Les fractures de la trachée peuvent être de cause directe ou de cause indirecte, les premières sont de beaucoup les plus fréquentes. Nous

Digitized by Google

avons divisé nos observations en deux groupes : le premier comprend les cas dans lesquels le conduit laryngo-trachéal est interrompu seulement au niveau de la trachée ; dans le deuxième groupe, sont compris les cas de fractures de la trachée avec fracture du larynx ou même de l'os hyoïde.

a) FRACTURES DE CAUSE DIRECTE. — Les fractures isolées de la trachée par cause directe sont consécutives à un traumatisme portant sur le cou ou bien sur le thorax et le cou. Tantôt le sujet est atteint directement au cou par un coup de pied de cheval (Obs. 6 et 19), par un violent coup de coude (Obs. 9), par une poutre lancée en l'air avec force (Obs. 11). Tantôt dans une chute en avant, le cou vient porter sur un corps dur, ordinairement à arêtes vives et qui détermine une véritable section de la trachée ; c'est un décrottoir en fer (Obs. 1), le dossier d'une chaise (Obs. 10), une tablette en ardoise (Obs. 12). Dans un cas (Obs. 3), le sujet assis sur l'arbre d'axe d'un manège, dans une mine, est projeté contre un poteau. La compression entre deux surfaces résistantes, dont l'une est animée d'un mouvement plus ou moins rapide, détermine la fracture de la trachée dans quelques cas : compression entre un mur et une grue monte-charge (Obs. 4), entre un mur et une roue de voiture (Obs. 16), entre deux tampons de wagons (Obs. 17), entre un mur et un timon de voiture (Obs. 22). Le mécanisme est analogue quand un véhicule a passé sur le cou du sujet couché à terre (Obs. 13). La constriction de la trachée par les mains dans la strangulation est signalée deux fois (Obs. 7 et 14). Nous rangeons dans ces fractures de cause directe les observations de Bredschneider (Obs. 5) et de Lefferts (Obs. 18) où les malades, des enfants, ont eu des signes de fracture du larynx à la suite de violents efforts de toux. La cause qui agit ici est l'augmentation brusque de tension qui se produit dans la trachée à ce moment, la fracture se fait de dedans en dehors, mais la solution de

Digitized by Google

continuité se produit au point d'application de la force agissante.

Nous retrouvons dans les fractures de la trachée compliquées de fractures du larynx, et par cause directe, les mêmes éléments étiologiques : coup porté directement sur le larynx et la trachée, contusion par la pointe d'un bateau venant en sens inverse, le sujet étant lui-même monté sur une barque (Obs. 29), coup de pied de cheval (Obs. 31), coup de botte (Obs. 33), coup de cuiller (Obs. 35). La strangulation par les mains (Obs. 30, 36 et 38) ou par une cravate (Obs. 32), la pendaison (Obs. 39), se rencontrent quelquefois. Le malade de Brigel (Obs. 27) avait été renversé par une voiture dont les deux roues du même côté lui passèrent obliquement sur le thorax et le cou. Dans ces traumatismes violents, comme nous le verrons au chapitre de l'anatomie pathologique, il y a des désordres du côté de la charpente osseuse du thorax qui contribuent à aggraver le pronostic. Le malade de Clarac (Obs. 28) heurta violemment avec le cou une plaque de tôle reposant sur un chariot.

Il nous faut signaler deux cas de fracture du conduit laryngo-trachéal de cause rare. Un palefrenier, soigné par Treulich (Obs. 37), avait été saisi au cou par un cheval qui, le soulevant de terre, l'avait fortement secoué, lui faisant des fractures multiples du larynx et de la trachée. Un jeune homme mourut de fracture du larynx et de la trachée après avoir enflammé dans sa bouche un quart de livre de poudre (Obs. 34).

b) Fractures de cause indirecte. — Elles sont très rares, puisque sur 40 observations il n'en est guère que trois pouvant se rapporter à ce mode de production. Dans l'observation de Sonderland (Obs. 23), un enfant, qui courait rapidement, ayant voulu éviter un cheval venant en sens inverse, fit un brusque mouvement d'extension de la tête en arrière et tomba sur le dos. Il en résulta une fracture isolée

Digitized by Google

de la trachée qui guérit. Durant l'évolution de la maladie, on observa très nettement que l'emphysème sous-cutané augmentait toutes les fois que l'enfant rejetait la tête en arrière, et diminuait pendant la flexion de la tête en avant. Dans le cas de Wagner (Obs. 24), le sujet, un homme de 19 ans, fut traîné sur un certain parcours par un wagon en marche ; il était retenu par la nuque, de façon que son corps et sa tête décrivaient un arc à concavité postérieure, la trachée était fortement tendue. Ce malade présenta une fracture isolée de la trachée. Ces deux cas sont comparables, la fracture s'étant produite par une extension forcée de la tête en arrière ; Wagner a essayé de reproduire expérimentalement la fracture par ce mécanisme, il n'y est jamais parvenu.

Dans l'observation que nous avons publiée (Obs. 25), c'est la flexion forcée de la tête sur la poitrine qui a déterminé la fracture, le sujet ayant fait une chute sur la nuque. Ici, nous avions affaire à un homme âgé de 62 ans, et peut-être faut-il voir dans cette considération une cause adjuvante de la fracture. Nous avons essayé de l'expliquer en invoquant l'observation classique de Lang. (Memorabilien, XXI, 1876). Il s'agit d'un jeune homme de 28 ans qui, en tombant d'un arbre, y resta suspendu par les pieds. Il cherchait, par de brusques mouvements de flexion de la tête sur la poitrine, à imprimer à son corps un mouvement de balancement qui lui permettrait d'aller saisir une branche pour sortir de cette position critique. Après qu'on l'eut délivré, il fut pris de phénomènes dyspnéiques et douloureux se reproduisant chaque fois qu'il fléchissait la tête sur la poitrine ; devant la persistance de ces troubles, il se noya. A l'autopsie, on constata une laxité anormale de la membrane séparant le deuxième et le troisième anneau ; par les mouvements de flexion de la tête, on produisait l'intussusception du troisième anneau de la trachée dans le deuxième.

Cette observation de Lang démontre que, malgré sa mobi-

Digitized by Google

lité extrême, la trachée peut ne pas fuir assez vite devant le larynx dans les mouvements de flexion de la tête très brusques et que les anneaux de la trachée ont alors tendance à s'emboîter l'un dans l'autre. Chez un sujet jeune, la membrane qui sépare deux anneaux peut se prêter par sa laxité à ce mouvement d'intussusception, on a alors le tableau décrit dans l'observation de Lang; chez un sujet âgé, cette membrane se laisse déchirer et la fracture de la trachée se produit comme dans notre observation.

Les fractures de la trachée de cause indirecte ont toujours été des fractures isolées et n'ont jamais intéressé les cartilages du larynx. Elles se sont terminées toujours par la guérison, aussi ne connaissons-nous pas la lésion qui se produit; selon toute probabilité, dans ces mouvements de flexion ou d'extension brusque de la tête, la solution de continuité du conduit trachéal intéresse la membrane et non les anneaux cartilagineux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude des lésions dans les fractures de la trachée a pu être faite dans un certain nombre de cas, et dans deux circonstances : ou bien c'est la nécropsie qui a permis de se rendre compte des désordres produits par le traumatisme, ou bien une intervention thérapeutique, la trachéotomie, en mettant à découvert la région atteinte, a contribué à cette étude. Comme nous le disions dans le précédent chapitre, les fractures de la trachée peuvent être isolées ou s'accompagner de fractures du larynx; dans l'un et l'autre cas il peut y avoir des fractures osseuses de la cage thoracique.

Sur la trachée, la fracture peut intéresser le cartilage ou la membrane, dans les déchirures longitudinales ou obliques, ces deux éléments sont atteints. La fracture peut être

Digitized by Google

partielle ou totale ; dans ce dernier cas la séparation est complète entre les deux segments du conduit trachéal, qui peuvent même être distants de plusieurs centimètres (obs. 4 et 11) ; le bout inférieur est quelquefois rejeté par côté (obs. 17), et sa recherche n'est pas facile pour y introduire la canule dans la trachéotomie.

Le trait de fracture peut être transversal, les exemples en sont nombreux ; il est quelquefois oblique (obs. 6, 7, 9, 11 et 26), il affecte une direction longitudinale (obs. 27, 34, 35) et s'étend alors sur un ou plusieurs anneaux. Les extrémités des anneaux sectionnés peuvent ne pas garder leur position, mais se replier en dedans et venir ainsi obstruer en partie la lumière de la trachée (obs. 26 et 35).

Au point de vue du siège, nous devons signaler la plus grande fréquence des fractures de la partie supérieure de la trachée.

Ce fait s'explique par la disposition anatomique de la région : la trachée est, en effet, d'autant plus superficielle et accessible qu'elle est plus proche du larynx. A mesure qu'elle descend vers le thorax, elle s'éloigne davantage de la peau, le tissu cellulaire lâche qui l'entoure forme devant elle une couche plus épaisse au voisinage du sternum.

Dans un assez grand nombre d'observations, la trachée était séparée du larynx d'une façon totale ou partielle.

La fracture siégeait, dans 4 cas, au niveau ou au voisinage de la bifurcation de la trachée (obs. 13, 16, 22 et 27) ; toujours, dans ces observations, il y avait eu écrasement du thorax par compression violente, trois fois on notait la fracture du sternum ou de plusieurs côtes. Une observation de Lonsdale (obs. 16) est curieuse en ce que la déchirure complète de la trachée au niveau de sa bifurcation ne s'accompagnait pas de fracture osseuse. Il s'agissait d'un enfant de 15 ans, qui avait eu le thorax comprimé entre un poteau et une roue de voiture ; on peut supposer que la trachée avait

Digitized by Google

été écrasée entre la colonne vertébrale et la paroi thoracique antérieure, restée indemne grâce à l'élasticité des tissus à cet âge.

Les fractures peuvent encore siéger dans la partie moyenne de la trachée, mais le fait est beaucoup plus rare.

Au niveau du larynx. — Nous pouvons résumer dans le tableau suivant les différentes combinaisons de fractures coexistant avec une fracture de la trachée.

Fracture du cart. thyroïde seul, 2 cas (obs. 31, 39).

Fracture du cart. thyroïde et de l'os hyoïde, 1 cas (obs. 34).

Fracture du cart. thyroïde et du cricoïde, 7 cas (obs. 26, 29, 32, 33, 37, 38, 40).

Fracture du cart. cricoïde, 4 cas (obs. 27, 28, 35, 36).

Fracture du larynx (sans indication des cartilages), 1 cas (obs. 30).

Au niveau du thorax, dans les cas de traumatismes graves, on note :

La fracture du sternum et des côtes, 2 fois (obs. 4, 22).

La fracture de plusieurs côtes, 2 fois (ob. 13, 27).

En outre, on peut observer comme lésions de voisinage des altérations produites directement par le traumatisme : — ecchymoses, épanchement sanguin sous-cutané, plaie pénétrante atteignant la trachée cas de Flemming), écrasement de l'œsophage (cas de Bonnet), rupture de la veine jugulaire externe (cas de Siméon) — ou consécutives à la lésion elle-même : ainsi l'on note la présence de caillots dans la trachée ou le larynx, chez plusieurs sujets, l'emphysème sous-cutané chez le plus grand nombre, l'œdème sous-muqueux de la trachée ou du larynx, l'emphysème sous-muqueux pouvant gagner les bronches et le médiastin (obs. 26 et 27) s'accompagnant même de pneumothorax dans un cas (obs. 26).

Digitized by Google

Enfin, nous devons signaler la possibilité de suppurations péritrachéales consécutives à l'infection secondaire de foyers sanguins en communication avec la trachée.

(A suivre).

LA CRISE DE L'AGRÉGATION[1]

Que l'agrégation des facultés de médecine réclame des modifications urgentes, cela n'est contesté par personne. Elle arrive à une période critique de son histoire. Jusqu'à ce jour, un grand nombre d'agrégés ont obtenu une situation définitive, grâce à la réorganisation de l'enseignement supérieur, grâce, en bonne partie, à la création de nouvelles facultés. Mais, dès à présent, plusieurs d'entre eux ont été sacrifiés ; d'autres, en plus grand nombre, le seront encore à l'avenir. C'est une véritable crise qui se prépare. Cette crise aura sa répercussion non seulement sur l'agrégation, dont le recrutement sera certainement moins bon, lorsque les étudiants de mérite s'apercevront qu'elle ne procure que des avantages illusoires, mais encore sur le corps du professorat, émanation à peu près exclusive de l'agrégation.

Je ne développerai pas ici les multiples raisons qui rendent des réformes indispensables : je me contenterai de les résumer, car elles sont bien connues de la plupart des lecteurs. Les diverses facultés de médecine ont été unanimes à en reconnaître maintes fois le bien fondé : toutes ont émis des vœux pressants dans le sens de la réforme, invoquant les intérêts de l'enseignement et ceux de la science.

Il est bien évident que l'enseignement ne peut que perdre à la situation actuelle. Voici un agrégé nommé pour une période de neuf années, au bout de laquelle il est à peu près sûr d'être remercié, quel que soit son mérite, quels que soient ses travaux, simplement parce qu'il n'y a pas de place de professeur, et parce que celle qu'il occupe, par le fait d'une contradiction, unique dans toute notre administration, semble créée non pas pour répondre à une nécessité

[1] Voir *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 32, pag. 317.

Digitized by Google

mais pour susciter des candidats. Comment, dans ces conditions, trouverait-il la sécurité indispensable à un enseignement vraiment utile? En vérité, ce qui est surprenant, c'est que l'on trouve des candidats pour de tels postes : ceux qui s'y présentent ne peuvent être évidemment attirés que par l'honneur d'appartenir à l'enseignement supérieur. Il est une conséquence de cet état de choses que l'on n'a peut-être pas suffisamment envisagée : les professeurs se recrutent parmi les agrégés, et ce n'est faire injure à personne que de dire que, dans les nominations, le hasard tient autant de place que le mérite. Soyez un bactériologiste remarquable : s'il ne se produit pas de vacances, rien ne peut vous sauver; au contraire, si vous appartenez à une autre branche des sciences médicales et si une chaire devient libre, vous l'obtiendrez forcément, même si vous vous êtes toujours borné à occuper honnêtement, mais médiocrement, vos fonctions. Ces conditions de recrutement sont incontestablement fâcheuses ; et il est à craindre que, lorsqu'elles seront mieux connues du public étudiant, le recrutement des agrégés et par conséquent des professeurs n'en souffre sérieusement.

Les intérêts de la science sont aussi sacrifiés que ceux de l'enseignement par l'organisation actuelle. Aujourd'hui, l'agrégé est nommé après un concours long et pénible et n'entre guère en fonctions que vers l'âge de trente ans ; comme il a commencé ses études à dix-huit ans en moyenne, c'est donc douze ans de travail qu'on lui demande : à ce moment, la plupart de ses camarades sont installés depuis six ans environ et pourvus d'une situation plus ou moins brillante, mais définitive. L'agrégé, lui, a la perspective d'un maigre traitement pendant neuf années, au bout desquelles on le remplacera purement et simplement, et cela au moment où son esprit a mûri, où il pourrait vraiment être utile à la science parce que ses connaissances sont devenues solides, parce que son savoir de bibliothèque a été contrôlé par les travaux de l'hôpital et du laboratoire. Aussi qu'advient-il? Il recherche la clientèle et considère son agrégation comme un stage qui lui permet d'attendre et de se créer des ressources nouvelles. Notez que je n'ai pas en vue seulement les agrégés de médecine et de chirurgie, mais aussi ceux des sciences dites accessoires, qui, ainsi que le dernier congrès des agrégés l'a révélé, se dirigent maintenant, et avec un succès des plus encourageants, vers la pratique médicale ; mais je reviendrai plus tard sur cette question.

Je viens d'exposer les deux arguments fondamentaux qui militent

Digitized by Google

en faveur des réformes de l'agrégation, il en est d'autres d'un ordre moins élevé, mais de valeur égale.

On sait que les agrégés payent la retenue pour la retraite : or, seuls, parmi les fonctionnaires, ils n'ont pas les moyens d'y arriver. On les fait sortir de l'administration, non point par mesure disciplinaire, parce qu'ils ont démérité, mais simplement parce que les facultés les *ont assez vus* et demandent d'autres visages. Il est inutile, je pense, d'insister sur le caractère abusif de ce genre d'exploitation. Les agrégés actuels ont accepté ce marché inégal et ils sont prêts à en exécuter toutes les clauses ; il faut cependant en reconnaître l'injustice criante.

Il est une catégorie d'agrégés qui sont très comparables à ceux des facultés de médecine : je veux dire les agrégés de droit. Eux aussi sont nommés pour une période déterminée ; seulement, comme on les nomme en moins grand nombre, en fait, ils arrivent tous à être professeurs. Que n'en fait-on autant pour les agrégés de médecine ? Il n'y a aucune bonne raison à faire valoir contre cette proposition. La grande objection, c'est que les agrégés de droit sont classés non par faculté, mais par rang de mérite et aussi que, une fois nommés, ils changent de facultés. Je ne vois pas en quoi cette double disposition légitime le remplacement des agrégés de médecine au bout de neuf ans. Qu'on en nomme moins et on n'en nommera pas trop.

Il est une disposition réglementaire qui permettrait de remédier à la crise de l'agrégation : c'est celle des professeurs-adjoints. Les règlements portent que des professeurs-adjoints peuvent être nommés en nombre égal au tiers des chaires de titulaires. Pourquoi cette disposition, qui semble bonne pour les facultés de sciences et de lettres, est-elle devenue subitement mauvaise pour toutes les facultés de médecine sauf une ? Nul ne le sait sans doute.

Au fond, et si l'on veut être sincère, le grand écueil à toutes les propositions faites en faveur des agrégés des facultés de médecine, c'est la clientèle. On ne leur en fait pas un reproche, c'est entendu ; mais on les en punit, ce qui est pire. Les agrégés, dit-on, gagnent leur existence en dehors de leurs fonctions ; il est donc inutile de s'occuper d'eux. Je discuterai plus tard ce point ; pour le moment je me bornerai à faire remarquer que les agrégés n'ont jamais fait porter leurs revendications sur des questions de traitement : ils désirent seulement qu'on ne les chasse pas d'une faculté à laquelle ils ont apporté leur intelligence et leur travail. Transporter la

Digitized by Google

question sur le terrain de la clientèle, c'est méconnaître sa véritable portée ; c'est méconnaître ce fait évident que les professeurs les plus chargés de clientèle sont souvent ceux qui fournissent l'enseignement le plus fécond ; c'est méconnaître qu'une clientèle étendue est un élément de travail et de progrès scientifique pour celui qui s'en occupe. Actuellement, bien des agrégés n'ont ni laboratoire, ni service d'hôpital ; leur seul élément de travail, ils le trouvent dans la clientèle. Je reviendrai du reste plus loin sur cette question.

Gazette des Hopitaux.

(*A suivre*).

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

Séance du 24 avril 1903

Présidence de M. Forgue.

Étaient présents : MM. Hédon, Puech, Vedel, Guérin, Lagriffoul, Abadie, Reynès, Gaussel, Mme Gaussel, Pagès.

L'Hérédité dans la maladie de Friedreich

Par le Dr Ardin-Delteil, chef de clinique médicale
et Mlle Olénoff, docteur en médecine

Nous avons attentivement étudié, au point de vue des renseignements héréditaires, *trente-neuf* observations authentiques de maladie de Friedreich, dont *seize* avec autopsie confirmative.

Ces documents nous ont permis de déterminer :

1° L'importance de l'hérédité comme facteur étiologique;

2° La qualité de cette hérédité, ou, autrement dit les facteurs héréditaires;

3° La puissance respective de chacun de ces facteurs d'hérédité.

1° Importance de l'hérédité. — L'hérédité est un facteur étiologique important, que l'on rencontre dans 83 °/₀ des cas.

Dans 17 °/₀ des cas, ce facteur est indiqué comme nul ou indéterminé.

Cette hérédité est directe ou indirecte.

Digitized by Google

a) *Hérédité directe*. — C'est celle qui existe dans la plupart des cas (66 %).

Elle est *unilatérale* dans 33 % des cas, et plus souvent (8 fois) d'origine *paternelle*, que d'origine *maternelle* (5 fois).

Elle est *bilatérale* dans 33 % des cas; mais le plus souvent, les tares apportées par chacune des branches ne sont pas d'égale valeur, comme on le verra plus bas.

b) *Hérédité indirecte*. — Est beaucoup plus rare (17 % des cas).

Elle est *collatérale* (frères, sœurs, cousins, oncles, tantes...) ou *atavique* (grands, arrière-grands-parents.)

Nous ne tenons pas compte de l'hérédité collatérale associée à une hérédité directe; c'est-à-dire des cas dans lesquels, en même temps qu'une maladie des collatéraux du malade, on trouve une tare des parents qui commande à la fois aux troubles pathologiques communs à l'ensemble des descendants. Elle est pourtant très fréquente, puisque nous en avons relevé 22 cas sur 39 observations (56 %). Mais nous répétons qu'on n'a pas à en tenir compte; elle n'est que le résultat d'une hérédité directe, et marque, dans ce cas, le *caractère familial* de la maladie de Friedreich.

L'*hérédité collatérale pure* n'existe que dans 5 cas (12 %), sur lesquels 4 fois c'est une *hérédité similaire* indiquant une tendance commune des enfants de ces familles à faire une sclérose médullaire. Elle cache donc une *prédisposition médullaire* qu'il est difficile d'admettre comme acquise; on a une tendance naturelle à la rapporter à une cause commune, que l'on ne peut retrouver qu'à la source, qu'à l'origine, c'est-à-dire chez les procréateurs, sous forme d'une tare non signalée ou inaperçue. Elle dissimule sans doute une hérédité directe méconnue.

L'*hérédité atavique* pure est de beaucoup la plus rare et n'existe que dans 2 observations (5 %).

2° QUALITÉ DES FACTEURS HÉRÉDITAIRES. — Ces facteurs : ou bien sont du groupe des troubles dynamiques, *sine materia*, du système nerveux (psychoses, névroses, convulsions, etc...) (*hérédité névrose*); ou bien ils appartiennent soit au groupe des troubles organiques du système nerveux (apoplexie, hémorragie cérébrale, ramollissement, myélites tabes, maladie de Friedreich), soit au groupe des intoxications (alcoolisme, saturnisme, goutte, diabète, arthritisme) ou des infections (tuberculose), ces trois groupes constituant l'*hérédité physique ou organique* par opposition avec l'hérédité névrose.

Digitized by Google

L'hérédité directe unilatérale paternelle est toujours physique ou organique (cérébrale, 2 cas; médullaire, 2 cas; alcoolique, 3 cas.)

L'hérédité unilatérale maternelle est une fois névrosique, les autres fois physique ou organique (médullaire, 2 fois; tuberculeuse, 2 fois).

L'hérédité bilatérale est, ou bien *physique bilatérale* (et on retrouve *toujours* dans l'une des branches une hérédité cérébrale ou médullaire) (méningite, hémiplégie, paralysie subite, paraplégie, tabes, maladie de Friedreich); ou bien associée, *névroso-physique*. Or, dans ce second cas, c'est toujours la branche maternelle qui a fourni la névrose, toujours la branche paternelle qui a fourni la maladie physique ou organique, toujours, en l'espèce, une lésion du système nerveux central, cérébrale ou médullaire (apoplexie, paraplégie, tabes, maladie de Friedreich).

L'hérédité collatérale pure est quatre fois sur cinq une hérédité médullaire similaire.

Il en est de même pour les deux cas d'hérédité atavique. De sorte que les diverses variétés de facteurs héréditaires énumérés plus haut se rencontrent avec une inégale fréquence, et que, seuls, les facteurs physiques ou organiques, sont remarquables par leur constance ou même leur existence exclusive.

L'hérédité de la maladie de Friedreich est donc, avant tout, une hérédité physique ou organique.

Quoique la dénomination *d'ataxie héréditaire* semble annoncer que l'hérédité similaire doive être fréquente, on ne trouve celle-ci que dans 7 cas, dont 3 cas seulement d'hérédité directe, et 4 cas d'hérédité collatérale pure, cachant par conséquent une hérédité directe méconnue, et qui n'était pas en tous cas similaire.

Donc, l'*hérédité similaire est peu fréquente;* et à ce titre l'expression d'ataxie héréditaire consacre une généralisation trop hâtive ; elle est mauvaise et doit être rejetée. Dans la majorité des cas (32 sur 39, ou 83 %), il s'agit d'une *hérédité de transformation*, d'une hérédité dissemblable ; hérédité cérébrale (apoplexie, hémorragie ou ramollissement cérébral, méningo-encéphalites....) ; hérédité médullaire (myélites, méningo-myélites, paraplégies, tabes....) ; hérédité alcoolique ; hérédité diathésique (diabète, goutte, migraines, artériosclérose, brightisme) ; hérédité vésanique (folie) ; hérédité nerveuse (hystérie, épilepsie, nervosisme, convulsions, tremblements).

Les caractéristiques qualitatives de l'hérédité dans la maladie de

Digitized by Google

Friedreich sont donc d'être une hérédité physique ou organique, une hérédité de transformation, presque toujours une hérédité cérébrale ou médullaire.

3° PUISSANCE RESPECTIVE DES DIVERS FACTEURS HÉRÉDITAIRES. — Ce qui précède fait pressentir leur hiérarchisation.

L'influence de l'*hérédité névrose* est très faible. Outre qu'elle est peu fréquente (on la note 16 fois contre 32 pour l'hérédité physique), on ne la rencontre *jamais isolée*. C'est un facteur héréditaire trop faible pour agir seul, et il s'associe toujours à un autre facteur, qui est un facteur physique ou organique.

Il en est tout autrement de l'*hérédité physique ou organique*. Celle-ci apparaît comme un facteur énergique et puissant. La meilleure preuve en est que ce facteur étiologique a été rencontré *seul*, dans 13 observations.

Tout à fait en *tête du groupe* arrive l'hérédité des lésions organiques du système nerveux, *hérédité cérébrale*, *hérédité médullaire*, qui fréquemment agit isolée, fréquemment aussi forme la base d'action d'une association qui n'en devient que plus dangereuse pour le descendant. Nous avons souligné la constance de cette base organique tant dans l'hérédité directe paternelle ou maternelle que dans l'hérédité bilatérale, l'hérédité collatérale ou atavique.

Vient ensuite l'*hérédité alcoolique*, au moins aussi puissante que la précédente, qui a presque toujours été notée comme facteur isolé, c'est-à-dire énergiquement déterminant.

En dernier lieu, l'*hérédité diathésique*, facteur moins intensif, rarement isolé, et alors convergeant bilatéralement, le plus ordinairement associé à une hérédité cérébrale ou médullaire.

Ne citons que pour mémoire l'*hérédité tuberculeuse maternelle*, facteur assurément peu fréquent et d'importance discutable malgré l'appui que pourrait lui donner la récente communication de MM. Charrin et Léri, sur les lésions du système nerveux de rejetons issus de générateurs malades (Académie des Sciences, 16 mars 1903).

Pour nous résumer, nous dirons :

L'hérédité est un facteur étiologique important dans la maladie de Friedreich. Rarement nulle ou indéterminée, elle existe dans la plupart des cas (83 %). C'est exceptionnellement une hérédité indirecte (collatérale pure ou atavique) ; le plus souvent, c'est une *hérédité directe*, uni ou bilatérale.

Rarement similaire, c'est presque toujours une *hérédité de trans-*

Digitized by Google

formation, une hérédité physique ou organique dont, très fréquemment, l'apport est d'*origine paternelle*.

Tandis que les névroses, la folie, jouent un rôle héréditaire très faible dans le cas particulier, le rôle capital paraît au contraire dévolu à l'hérédité alcoolique et à l'hérédité diathésique.

Aussi la maladie de Friedreich, *maladie physique, organique, de la moëlle, est, avant tout, conditionnée par des troubles physiques ou des états nerveux organiques des ascendants*.

Quoique exceptionnellement similaire, nous voyons donc, le plus souvent, l'hérédité être ici une *hérédité du semblable*, ce qu'il importe de souligner au point de vue de l'histoire et de la philosophie générales de l'hérédité : on ne peut transmettre que ce que l'on a[1].

Infection puerpérale putride, guérie par les injections d'eau oxygénée

par le Dr Gibert, de Narbonne

M. Puech donne, au nom de M. le Dr Gibert, lecture de l'observation suivante :

Le 15 mars 1903, je fus appelé par un de mes confrères auprès d'une accouchée dont l'état ne laissait pas que d'être très préoccupant. L'accouchement avait eu lieu à 7 mois de grossesse et avait duré 12 heures. Il y avait rétention de quelques cotylédons placentaires. Le médecin qui assistait la parturiente tenta de détacher avec les doigts les portions de placenta adhérentes, mais ne put y réussir qu'en partie.

Pendant les 48 premières heures, tout alla bien. Mais le soir du second jour, l'accouchée eut un grand frisson suivi de sueurs profuses ; et la température s'éleva à 39°5. En même temps les lochies commencent à prendre une mauvaise odeur.

Le lendemain, deux accès dans la journée. Etat général mauvais, dépression très grande des forces. Des injections utérines au permanganate de potasse sont pratiquées. Malgré cela, les lochies acquièrent une horrible fétidité.

[1] L'hérédité alcoolique, l'hérédité diathésique ne sont pas en dehors de ce que nous disons ; leurs relations avec les divers états du système nerveux sont trop étroites, trop banalement connues pour que l'on puisse un moment douter de leur valeur au point de vue qui nous occupe.

Digitized by Google

Je suis appelé le 3e jour. La situation est très grave. Le pouls bat à 130. La température, entre les accès, reste entre 38° et 39°.

La malade est profondément déprimée. Localement il n'existe aucune altération périmétritique. Le col est resté très largement perméable. Les lochies ont créé dans la chambre une atmosphère écœurante, et on craint, en retirant le doigt de sous les couvertures, de s'être trompé...

On pratique, sur notre conseil, une 1re injection intra-utérine de nettoyage avec une solution au 1/4000 de sublimé, et tout de suite après une injection de 2 litres à 4 vol. d'eau oxygénée. Ceci à 10 heures du matin. A 4 heures du soir, la même manœuvre est répétée.

Le même soir, à 8 heures, toute odeur avait disparu, la fièvre s'était éteinte, l'infection éloignée. La malade s'est remontée très vite en quelques jours.

Ce n'est là que l'application à l'obstétrique de ce qui est aujourd'hui bien connu et démontré pour toutes les infections anaérobies de l'économie, à savoir le triomphe de l'eau oxygénée comme antiseptique, mieux encore comme bactéricide.

Que la cavité utérine, insuffisamment close du côté péritonéal, n'effraie pas les craintifs. La sonde d'Ollivier, et mieux la sonde dilatatrice de Reverdin, crée une voie de retour très large au bouillonnement produit par l'eau oxygénée.

Dans notre pratique habituelle, pour une fois se formule nettement une équation : putridité = eau oxygénée. Et j'ai toujours eu à m'en louer aussi bien en obstétrique qu'en chirurgie.

M. Puech. — L'intéressante observation que M. Gibert nous adresse augmente le nombre des cas, encore peu nombreux à l'heure actuelle, d'infection puerpérale traitée par l'eau oxygénée. C'est, en outre, un beau succès en faveur de cet agent microbicide.

Croire que son emploi aura toujours le même résultat serait, à mon sens, s'exposer à des mécomptes. Ainsi que d'ailleurs le fait fort justement remarquer M. Gibert, il s'agissait dans son cas d'une forme putride de l'infection puerpérale. Si j'en crois mon expérience, c'est là une des formes de l'infection pour lesquelles le traitement intra-utérin donne d'ordinaire les meilleurs résultats. Grâce à lui, nous avons tous vu guérir, et guérir rapidement, des femmes dont les lochies exhalaient une odeur repoussante.

En raison de la rétention de débris placentaires, il semble que

Digitized by Google

dans le cas présent le curettage de l'utérus était tout naturellement indiqué : je suis certain que M. Gibert n'aurait pas hésité à y avoir recours, si l'infection n'avait pas rapidement cédé aux lavages intra-utérins. Mais le curettage constitue une opération qu'il n'est point toujours facile de faire accepter dans la pratique civile, surtout si la situation n'apparaît pas trop grave. Dans un cas semblable à celui de M. Gibert, où l'infection s'accompagne de la rétention de débris placentaires, si le nettoyage de l'utérus avec la curette et l'écouvillon était refusé, il ne faudrait pas hésiter à imiter la conduite de ce distingué praticien et à recourir aux lavages intra-utérins avec l'eau oxygénée.

M. Reynès. — Une communication aussi enthousiaste sur l'eau oxygénée a été publiée par le journal d'obstétrique. Le Dr Deslandes a eu trois succès dans trois cas d'infection. Cet auteur insiste, en outre, sur les propriétés décollantes de l'eau oxygénée, qu'il emploie dans la rétention du placenta après l'avortement.

M. Forgue n'a pas constaté les propriétés décollantes de l'eau oxygénée préconisées pour enlever le Mikulicz. En revanche, il a obtenu de bons effets de cet agent dans les pleurésies putrides.

M. Forgue rappelle que, dans sa thèse sur la septicémie gangréneuse (1880), il avait songé à employer l'eau oxygénée pour lutter contre le vibrion septique anaérobie.

(*A suivre*).

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'hyposystolie arythmique liée à l'insuffisance mitrale, d'après P. Merklen.

Le traitement doit être préventif et curatif.

I. — Traitement préventif ou hygiénique. — *a) Le repos* de quelques semaines est nécessaire dans l'état de recrudescence, s'il y a de la dyspnée, de la congestion hépatique ; *si* le pouls est dur,

Digitized by Google

accéléré, le foie très douloureux. *L'exercice* est opportun dans l'état de rémission, exercice subordonné à l'état et aux habitudes de chaque malade, réglé sur la capacité fonctionnelle.

b) L'alimentation variera suivant le cas. En recrudescence, régime lacté ; en rémission, régime lacto-végétarien.

c) Le cardiaque mitral évitera le *froid*, parce qu'il est prédisposé au catarrhe bronchique ; pauvre, il passera l'hiver à l'hôpital ; riche, il se rendra dans le midi ; ou dans la campagne, aérée et sèche ; ou dans la montagne, à une altitude moyenne. Le bord de la mer est proscrit.

d) Eviter toute cause d'excitation nerveuse, plaisirs, réunions nombreuses, sorties nocturnes.

Ce traitement hygiénique doit être longtemps et scrupuleusement suivi.

II. — Traitement curatif. — A. *Médication déplétive.* — *a) Par les diurétiques.* — Le meilleur des diurétiques est *le lait*, qui s'impose comme régime absolu au moment des recrudescences, et dont l'emploi doit être continué, dans une certaine mesure, pendant la rémission. Le lait trouve un merveilleux adjuvant dans la *théobromine*, dont on peut continuer l'emploi des mois et des années, à la dose moyenne de 1 gr. à 1 gr. 50 ; dans le *massage abdominal.*

b) Par les laxatifs. — On aura recours aux laxatifs à petites doses, particulièrement aux drastiques. Le malade prendra une ou deux fois par semaine, le matin à jeun, une ou deux cuillerées à café d'eau-de-vie allemande, ou des pilules à base d'aloès ou de cascara.

B. *Médication cardio-tonique.* — *a)* La *digitale* sera donnée toutes les deux ou trois semaines, ou encore on donne systématiquement un quart de milligramme de digitaline chaque semaine. On peut associer la digitaline à la théobromine.

b) Les agents physiques agissent plus longtemps sur la tonicité cardiaque. Ce sont : les bains, le massage, l'exercice musculaire.

c) Bains — On les prépare en ajoutant, à un bain simple de 300 litres d'eau, 3 kilos de sel marin et 300 grammes de chlorure de calcium.

Digitized by Google

d) *Massage.* — C'est le massage avec tapotage de la région précordiale; avec le bord cubital de la main, et alternativement avec chaque main, on frotte doucement la région précordiale pendant cinq minutes. En plus, massage sous toutes ses formes. massage abdominal, musculaire.

e) *L'exercice musculaire* a une action dérivative et déplétive pour le cœur. On le règlera suivant chaque individu. On y associera les mouvements passifs des membres.

f) *Les stations hydro-minérales* sont de deux ordres, les stations d'eaux thermales simples et les stations d'eaux chlorurées sodiques et carbo-gazeuses.

A Bourbon-Lancy, station d'eau thermale simple, les cardiaques viennent prendre des bains, des douches et complètent le traitement par le massage, les exercices musculaires méthodiques, la gymnastique respiratoire.

Nauheim est la station la plus connue en Allemagne. Les bains y sont chauds, riches en chlorure de calcium et de sodium et fortement chargés d'acide carbonique.

g) A *domicile ou à l'hôpital*, on fait le bain artificiel, à 34°-35°, additionné de 3 kilos de sel marin et de 300 grammes de chlorure de calcium pour 300 litres d'eau. On donne généralement le bain pendant 3 jours, avec repos d'un jour. Il dure 10 minutes, 15 minutes au maximum. Le malade reste couché une heure après le bain. Ce traitement demande à être très surveillé. J. VIRES.

VARIÉTÉS

Ce que nous mangeons

Rien n'a échappé aux audacieuses entreprises de nos falsificateurs. Leur champ opératoire est choisi de préférence parmi nos aliments solides et liquides. Par eux, la vie n'est plus possible sans une bonne dose de philosophie et de je m'enfichisme.

Emu des lamentations des consommateurs aux abois, le gouvernement créa, il y a quelques années, un corps d'inspecteurs dont le rôle consiste dans la recherche des intermédiaires qui, conscients ou inconscients, écoulent les produits des corrupteurs d'ali-

Digitized by Google

ments. La lecture des statistiques dressées par ces agents a de quoi laisser rêveurs même ceux que ne troublent pas les nombreux désagréments de l'existence.

Perrette, l'accorte Perrette elle-même, s'est mise en contravention avec nos lois nationales et si, légère et court vêtue, elle se hâte encore, c'est vers quelque cours d'eau où, malicieuse, elle va remplir le pot que, prosaïque désormais, elle fait traîner par des molosses. Mais aussi pourquoi le lait met-il tant de complaisance à se laisser baptiser ? Et puis il n'y a qu'en puisant à la rivière qu'on peut le baptiser. Pour ceux qui dédaignent cet artifice trop simple, il y a dans la nature des moyens propres à les séduire s'ils ont le génie plus inventif.

Un régime spécial auquel on soumet les vaches dont on veut tirer une surproduction, augmente leur sécrétion lactée, la quantité excluant la qualité. Nos madrés paysans usent volontiers de ce petit truc condamnable, mais rémunérateur. Puis, quand le lait a donné sa crème destinée à être convertie en beurre, il est, bien souvent, quoique privé de sa partie la plus précieuse, livré aux malheureux consommateurs comme n'ayant point subi cette amputation. Le beurre, lui, est additionné d'une certaine proportion de graisse, de fécule ou d'autre chose et nous est livré absolument garanti vierge de tout mélange.

Troquant son antique nom contre celui de pâtissier ou de confiseur, le boulanger est devenu tripoteur émérite, et ses produits, comme les dames d'aujourd'hui, sont affriolants, grâce à un savant maquillage.

Nous n'approchons plus la moindre friandise de nos lèvres, sans qu'aussitôt la suspicion ne vienne réfréner notre gourmandise et nous empêcher de nous délecter à l'aise. Le pain, que l'existence suffit souvent à rendre bien amer, recèle des produits tels que les carbonates de soude, de magnésie, de chaux, les sulfates de zinc, de cuivre, l'alun, le savon, etc.

L'huile d'olives a rarement connu le pays où fleurit l'olivier, et le vinaigre, avec qui elle se marie dans nos préparations culinaires, a été tiré, non d'Orléans, mais de la fabrique d'acide pyroligneux qui empoisonne l'air des environs.

Beaucoup de nos contemporains, probablement pour mériter les faveurs de la Société protectrice des animaux, évitent aux abeilles le soin d'élaborer le miel et le demandent à la réaction de l'acide sulfurique sur la fécule.

Le café, à qui l'on attribue la vertu de délier la langue de nos commères des deux sexes, est parfois fabriqué au moyen de brou de noix, d'argile ou de farine de glands que l'on coule dans des moules *ad hoc*. Il existe des fabriques livrant, pour une somme relativement modique, tout le matériel nécessaire à cette espèce d'industrie.

Digitized by Google

Et le thé, à qui nous réservons les honneurs du *five o'clock*, a été bu au moins une fois, quand il figure à notre table.

Tout le monde sait que la colique qui suit l'indigestion des cornichons est due au cuivre qui leur donnait une coloration trop belle pour être naturelle.

Les baies de genévrier, diverses fécules, du pain grillé, la farine de glands, de tourteaux, de lin, les coquilles de noix, remplacent le poivre.

L'argile, le grès pulvérisé, le plâtre tiennent lieu de sel.

Les pommes de terre, façonnées par une main habile, prennent l'aspect de la truffe.

La stéarine et l'huile de coton s'insinuent volontiers dans le saindoux.

Les sirops et les gelées sont rarement tirés des fruits dont ils portent le nom et dont un colorant complaisant se charge d'imiter la couleur.

Comme le thé, la vanille est souvent épuisée avant d'être mise en vente ; mais les commerçants malhonnêtes endorment notre méfiance en rendant aux gousses leur bel aspect givré au moyen d'acide salicylique, cubenzoïque, convenablement réparti à sa surface.

Une banque de New-York, afin de découvrir les contrefaçons, engagea aux conditions que peuvent seuls ambitionner les ténors et les jockeys, un faussaire ayant purgé une condamnation sérieuse. Dans certains pays, les habitants qui veulent vivre à l'abri des tentatives des voleurs, payent à ceux-ci une dîme qui leur assure la tranquillité. Le gouvernement, afin de découvrir plus aisément les fraudes introduites dans nos denrées, ferait bien de suivre ces exemples très sages. En s'adjoignant un falsificateur ayant purgé plusieurs condamnations, il simplifierait de beaucoup la besogne des malheureux experts-chimistes.

Echo médical du Nord.

L'Éditeur-Gérant : P. DELORD-BOEHM.

Montpellier. — Imprimerie DELORD-BOEHM ET MARTIAL.

Digitized by Google

N° 23 7 JUIN 1903. TOME XVI

MONTPELLIER MÉDICAL

Journal Hebdomadaire paraissant tous les Dimanches

Epithélioma claveleux du poumon. Epithéliomas parasitaires et maladies bryocytiques [1].

Par le Professeur F.-J Bosc

Nous avons observé au niveau du poumon claveleux des lésions qui vont de l'adénome bronchique et alvéolaire, à l'adéno-épithéliome. Récemment nous avons constaté, chez un animal mort au 36e jour de sa clavelée, de véritables tumeurs du poumon, du volume d'un œuf de pigeon, résistantes mais friables, sans trace de suppuration ou de parasitisme et constituées par une prolifération épithéliale pure revêtant les caractères de l'épithélioma le plus net. Les figures ci-jointes nous dispensent d'une description.

La conclusion précise qui ressort de l'étude de ces lésions pulmonaires, c'est que *histologiquement il s'agit d'un épithélioma et non d'autre chose.*

Ces nouveaux faits confirment une fois de plus l'existence de l'*épithélioma claveleux*, épithélioma *parasitaire* dont nous avons fait la démonstration dès 1901 pour la peau (*Arch. de méd. exp.* mai), puis pour l'estomac (*Soc. de Biol.*, 1er février 1902), pour le poumon (*Ibid.*), le foie (*Ibid.*, 8 mars 1902), la glande mammaire (*Ibid.*, 1902). Ces faits apportent, en outre, un nouvel appui à notre conception d'un nouveau groupe morbide que nos recherches ont établi nettement dès le mois de mai 1901 (*Arch. de méd. expérimentale*), en montrant qu'il existe des virus dont l'action spécifique est de

[1] C. R. *Soc. de Biologie*. Séance du 2 mai 1903.

Digitized by Google

faire proliférer les cellules fixes, surtout épithéliales, par karyokinèse et d'une façon désordonnée et plus ou moins durable. C'est en nous basant d'abord sur la présence de ces lésions que nous avons pu établir, entre des maladies en apparence très dissemblables, comme la vaccine, la variole,

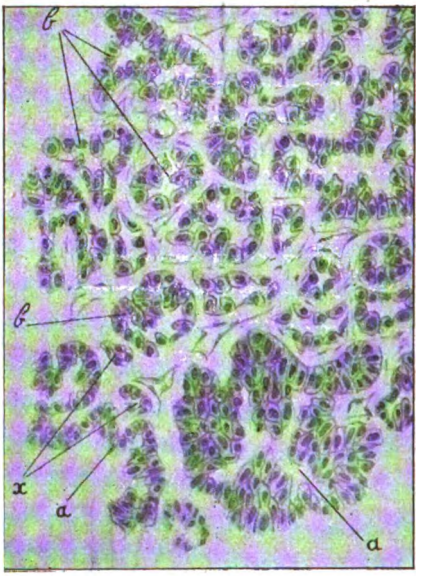


FIG. 1.

Epithélioma broncho-alvéolaire au début. — *a*, *a*, prolifération bronchique, *b*, *b*, *b*, prolifération alvéolaire; *x*, alvéoles de nouvelle formation.

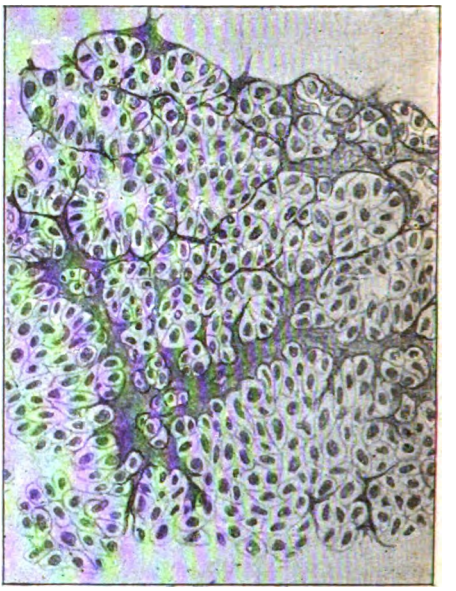


FIG. 2.

Epithélioma du poumon à son complet développement.

la fièvre aphteuse, la syphilis, la clavelée, le cancer, une *étroite parenté qui n'avait été soupçonnée par personne.*

Nous avons, en outre, fait voir qu'il existait dans les lésions de chacune de ces maladies des inclusions cellulaires de même ordre que celles que nous avions découvertes dans la clavelée (*C. R. Soc. Biol.* 1901) et que leur structure nous permettait de considérer comme des parasites vrais. Dans un mémoire paru dans la *Presse médicale* du 14 février 1903, nous avons exposé, dans leur ensemble, les faits qui

Digitized by Google

justifient la création de ce groupe morbide que nous désignons sous le nom de *maladies bryocytiques*.

Un travail récent (Borrel, *Annales de l'Institut Pasteur*, 25 février 1903) apporte une vérification de la partie la plus essentielle de notre conception.

Après nous, Borrel est conduit, par l'étude des faits que nous avons signalés, à reconnaître l'action lésionnelle spécifique de certains virus et par suite la légitimité de notre groupe morbide qu'il ne fait que reproduire. Cet auteur n'admet pas cependant que le cancer doive faire partie intégrante du groupe tel que nous l'avons constitué. Mais il est sans doute très embarrassé par nos faits d'épithélioma claveleux qui unissent étroitement les néoplasies claveleuses et cancéreuses, car il n'en parle même pas. S'il n'en a pas constaté lui-même, c'est que son matériel a été insuffisant. Le mot *épithéliose* ne correspond pas, par cela même, à la réalité des faits ; en procédant sans hâte, chacun pourra recueillir, comme nous, *les lésions qui doivent servir de base réelle à la discussion*.

Quant à la nature parasitaire des inclusions, elle nous apparaît tous les jours plus évidente. Avec de bonnes fixations, il n'est pas possible, en aucune façon, de considérer ces inclusions comme d'origine leucocytaire. On a opposé à leur nature parasitaire le passage du virus claveleux à travers les bougies ; nos inclusions seraient trop volumineuses pour passer, il s'agirait de microbes *invisibles*. Mais le fait que ces prétendus microbes invisibles ne peuvent passer qu'accompagnés de microbes parfaitement visibles et colorables constitue le plus sincère aveu d'ignorance. Nous pensons que nos inclusions dont les formes de division visibles peuvent ne mesurer qu'un demi μ, doivent à leur structure plasmodiale de pouvoir s'étirer à travers les pores des bougies, comme à la filière et de présenter une délicatesse qui rend leur fixation des plus difficiles.

Digitized by Google

CONCLUSIONS : *Nos faits nouveaux d'épithélioma claveleux du poumon vérifient l'identité histologique des néoplasies claveleuse et cancéreuse ; notre conception du groupe nouveau des maladies bryocytiques demeure entière ; la filtration des virus claveleux à travers certaines bougies n'infirme en rien la nature parasitaire de nos inclusions.*

FRACTURES DE LA TRACHÉE

ÉTUDE CLINIQUE ET MÉDICO-LÉGALE

Revue générale, par le Dr **A. GAUSSEL**
Ancien interne des Hôpitaux de Montpellier.

(*Suite.* — Voir nº 22, pag. 553)

SYMPTOMES

La symptomatologie des fractures de la trachée est très nette et le diagnostic en est facile. Certains symptômes, comme la dyspnée, l'emphysème sous-cutané, la douleur, sont à peu près constants ; d'autres ont une moindre importance et viennent en seconde ligne, par exemple les crachements de sang et les altérations de la voix ; la mobilité anormale du larynx se voit dans les fractures de cet organe.

La dyspnée est de tous les symptômes le plus fréquent et le plus important. Tantôt légère et presque nulle dans les cas de fracture isolée de la trachée incomplète, sans séparation des fragments, elle devient parfois très vive, angoissante, et aboutit à une asphyxie rapide. Ce sont les cas où le traumatisme a déterminé une section totale de la trachée avec séparation des fragments. Cependant, en pareille circonstance, la trachéotomie faite rapidement a pu sauver une malade de Long. La dyspnée, quand elle est intense et

Digitized by Google

menace les jours du malade, s'accompagne habituellement de cyanose de la face, le pouls est petit, les extrémités se refroidissent : ces signes indiquent les progrès de l'asphyxie par insuffisance de l'arrivée de l'air aux poumons. Suivant les cas, la respiration est sifflante ou ronflante, ou s'accompagne de râles trachéaux.

La dyspnée peut se produire immédiatement après l'accident et aller en augmentant jusqu'à la mort du sujet, qui arrive dans ces cas en très peu de temps ; ou bien elle ne survient que tardivement, quelques heures et même quelques jours après seulement. L'observation la plus curieuse à cet égard est celle de Corley, où les troubles dyspnéiques survinrent assez subitement plusieurs semaines après l'accident et nécessitèrent la trachéotomie, qui d'ailleurs ne sauva pas la malade.

La dyspnée, dans les fractures du conduit laryngo-trachéal, peut reconnaître plusieurs causes. Tantôt les deux segments de la trachée sont séparés et leurs deux bouts ne sont plus dans le prolongement l'un de l'autre, il y a déplacement latéral de l'un des deux (Long). Tantôt il s'est produit une déviation en dedans des anneaux sectionnés, comme nous l'a appris l'anatomie pathologique, et la lumière de la trachée se trouve en partie obstruée. Tantôt la muqueuse trachéale est soulevée par un épanchement de sang, de sérosité, ou par l'emphysème, et diminue d'autant le calibre de la trachée ; signalons encore l'écoulement de sang ou la présence de caillots dans le larynx et la trachée, l'emphysème sous-pleural et médiastinal, le pneumothorax, comme pouvant intervenir pour produire la dyspnée.

C'est de tous les signes celui qu'il faut le mieux connaître et le mieux surveiller, car de son apparition et de ses progrès dépend en grande partie le pronostic.

L'emphysème sous-cutané est également très fréquent dans les fractures de la trachée. Son mode de production

Digitized by Google

est aisé à comprendre ; l'air trouve une solution de continuité du conduit laryngo-trachéal, s'infiltre dans le tissu cellulaire sous-cutané, où il chemine très facilement. Ce symptôme se reconnaît par la simple pression du doigt, qui fait sentir la crépitation gazeuse caractéristique des téguments.

Le développement de l'emphysème est ordinairement progressif. Il s'étend au cou, à la face, au thorax, aux membres supérieurs, il gagne peu à peu l'abdomen, le dos et les membres inférieurs. Il peut arriver jusqu'aux extrémités et être perçu à la face dorsale de la main ou du pied. Tant qu'il reste sous-cutané, il n'est pas un symptôme grave ; mais s'il atteint la muqueuse du larynx, la plèvre, le médiastin, il peut déterminer des crises de dyspnée aboutissant à l'asphyxie.

Dans quelques cas, par son intensité, l'emphysème peut rendre difficile la trachéotomie.

Certaines circonstances facilitent sa production ; les mouvements de la tête en arrière, en amenant la béance de la plaie trachéale, les efforts (toux, défécation, vomissements), en augmentant la pression dans la trachée, favorisent l'expulsion de l'air dans le tissu cellulaire sous-cutané ; ces données feront indication dans le traitement médical des fractures de la trachée.

La douleur est le troisième signe que nous observons. Bien souvent, elle tient aux lésions de voisinage, à la contusion de la peau, des muscles, par le traumatisme, mais il y a aussi une douleur au point de solution de continuité de la trachée. Elle est rarement vive et ne préoccupe pas le malade. Elle peut être spontanée, continue, ou bien être provoquée par l'examen, par la toux, par les mouvements de la tête et du cou, par la déglutition.

Les symptômes secondaires, qu'il nous reste à étudier, sont les crachements de sang et les modifications de la voix.

Digitized by Google

Souvent, immédiatement après le traumatisme, il se fait une hémorragie dans la trachée, qui se traduit par quelques crachements de sang. Ce dernier est ordinairement rouge et liquide.

Plus tard, on observe le rejet de quelques caillots sanguins au milieu des mucosités trachéales ; cela tient à l'exsudation d'un peu de sang au niveau de la plaie. Il est rare que l'hémorrhagie ait une grande importance ; cependant chez le malade de Flemming (Obs. 11), par leur abondance et leur répétition, les hémorrhagies avaient anémié le malade et compromis la guérison. Quelquefois l'écoulement du sang dans la trachée amène de la dyspnée; il arrive même que le malade a la sensation très nette de cette hémorrhagie (Obs. 6).

Les troubles de la voix sont surtout fréquents quand la fracture du larynx accompagne celle de la trachée. La voix peut être complètement éteinte, il y a aphonie, ou bien être seulement voilée, sourde, rauque. Ces troubles disparaissent généralement, mais il persiste parfois après la guérison un peu de raucité de la voix. Les fractures du larynx peuvent déterminer plus tard de la sténose, nécessitant une intervention et la dilatation progressive (Obs. 32).

Nous n'insistons pas sur les signes qui accompagnent le traumatisme, tels que ecchymoses, éraillures de la peau, plaies plus ou moins profondes des téguments et qui n'ont rien de particulier à la région.

L'existence d'une fracture du larynx en même temps que de la trachée se traduit par des signes tels que la crépitation des cartilages fracturés, les mouvements anormaux et excessifs du larynx, signes qu'il est souvent très difficile de reconnaître à cause de l'emphysème. La plupart des observateurs n'ont fait le diagnostic qu'après la trachéotomie ou à l'autopsie.

Digitized by Google

ÉVOLUTION — PRONOSTIC

L'évolution des fractures de la trachée est très variable.

Parfois la mort survient rapidement par asphyxie quelques instants ou quelques heures seulement après l'accident. Le cas cité par Atlee (obs. I) est très intéressant au point de vue de la rapidité de l'issue fatale ; l'enfant qui fait le sujet de cette observation, à la suite d'une chute sur le cou, avait une fracture de la trachée : il fut pris d'une crise de dyspnée subite pour avoir rejeté brusquement la tête en arrière : en même temps se développait un emphysème sous-cutané, généralisé, à marche très rapide, la mort survint en quelques instants.

Dans d'autres observations il s'écoule un certain temps entre le traumatisme et la crise de dyspnée rapidement asphyxique comme dans le cas de Corley.

Souvent la dyspnée, l'emphysème, s'installent tout de suite après la fracture de la trachée, augmentent progressivement les jours suivants et arrivent à un acmé : à ce moment la régression se fait et la guérison survient; ou bien, au contraire, les progrès de la dyspnée amènent l'asphyxie progressive si l'on n'intervient pas par la trachéotomie.

La guérison peut n'être pas absolument complète ; il persiste les troubles permanents ou intermittents du côté de l'appareil respiratoire. Dans plusieurs observations on note de la raucité de la voix persistante (obs. 9, 17 et 37), le malade de Lauenstein (obs. 19) garda de l'essoufflement facile, au moindre travail. La sténose du conduit laryngo-trachéal persiste dans deux cas de fracture de la trachée traités par la trachéotomie (obs. 8 et 32) : et le malade de Desverine-Galdos succomba quelques mois après à une tuberculose pulmonaire dans la pathogénie de laquelle la sténose de la trachée avait dû jouer un rôle.

Digitized by Google

Le pronostic est différent suivant que l'on a affaire à une fracture isolée de la trachée, n'intéressant que cet organe, ou bien qu'il existe en même temps des désordres du côté du larynx ou de la cage thoracique. Il varie également avec la cause, suivant qu'elle est indirecte ou directe, et dans ce dernier cas avec la nature du traumatisme causal.

Dans son mémoire, Brigel rapporte 21 cas de fractures de la trachée sans participation du larynx ; si nous en retranchons l'observation de Lang, qu'il range dans les fractures et qui est en réalité une intussusception de la trachée, il reste 20 observations avec 11 morts. Notre statistique dans le même ordre de faits comprend 25 cas ; nous en distrayons le cas de Lang, son malade étant mort de broncho-pneumonie, les 24 observations nous donnent 13 morts, soit 54 °/₀ environ. De ces 24 malades, trois (obs. 4, 13, 22) avaient en même temps des fractures du sternum ou des côtes et tous les trois sont morts. Par conséquent, des 21 malades n'ayant absolument qu'une fracture de la trachée 11 ont guéri, la mortalité dans ce cas est donc de 47,6 °/₀. Ce chiffre est encore très élevé. Remarquons en passant que les fractures de cause indirecte, dans nos trois observations, ont guéri.

Le pronostic est beaucoup plus sévère pour les fractures intéressant la trachée et le larynx.

Brigel arrive à une mortalité de 83 °/₀ environ avec 12 cas et 10 morts ; nous-même avons réuni 15 observations avec 13 morts. Nous devons faire abstraction de l'observation 30, citée dans la thèse de Gimazane, puisque la cause de la mort a été la suffocation avec les mains, et de l'observation 39, puisqu'il s'agit d'une mort par pendaison. Dans ces deux cas on ne saurait attribuer le décès à la seule fracture du conduit trachéal. Nous arrivons ainsi à une mortalité de 85 °/₀ environ (13 observations avec 2 guérisons).

La mortalité par fracture du larynx et de la trachée est bien plus considérable que celle des fractures isolées de la

Digitized by Google

trachée, surtout si ces dernières ne s'accompagnent pas de fractures osseuses de la cage thoracique.

D'après nos observations, nous pouvons dresser le tableau de mortalité suivant :

Fractures du conduit laryngo-trachéal avec fractures de la cage thoracique..	Mortalité =	100 %
Fractures de la trachée et du larynx...	»	85 %
Fractures de la trachée : avec fractures osseuses.....	»	54 %
Sans fractures osseuses.....	»	48 %

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des fractures du conduit laryngo-trachéal est ordinairement facile. La notion d'un traumatisme de la région antérieure du cou qui a été suivi de dyspnée et d'emphysème sous-cutané, permet d'affirmer l'existence d'une solution de continuité par laquelle l'air s'échappe de la trachée ou du larynx dans le tissu cellulaire.

La douleur localisée en un point de la trachée, douleur spontanée ou provoquée par la pression, par la toux, etc., est très utile pour le diagnostic de siège. Ce dernier est souvent difficile à préciser, car l'emphysème, s'il survient rapidement, déforme la région ; en particulier, il est souvent impossible de dire si le trait de fracture intéresse le larynx ou la partie supérieure de la trachée. Il est rare que l'on reconnaisse à la fois la fracture du larynx et celle de la trachée quand elles coexistent; ce diagnostic, dans la majorité des cas publiés, a été fait à l'autopsie ou pendant la trachéotomie.

Quand une fracture de la trachée est diagnostiquée après un traumatisme grave du cou, il est indiqué de rechercher la mobilité anormale du larynx, la crépitation, la douleur à la pression, signes qui permettront parfois le diagnostic.

Digitized by Google

TRAITEMENT

Le traitement sera médical ou chirurgical.

A. Traitement médical. — La première indication sera de mettre le malade au repos absolu en lui recommandant d'éviter tout effort, qui par augmentation de tension dans la trachée accroîtrait encore l'emphysème sous-cutané ou sous-muqueux et exagèrerait la dyspnée. A cet effet, il sera bon de combattre la toux, de prévenir la constipation, d'interdire au malade de parler.

En second lieu, il faudra favoriser la cicatrisation de la plaie trachéale, en maintenant la tête fléchie légèrement sur la poitrine, cette position étant la plus apte à rapprocher les bords de la section.

S'il se produit une hémorrhagie assez abondante dans la trachée, il conviendra de coucher le malade en relevant le siège et les jambes, de façon à ce que le sang vienne s'écouler par la bouche et n'obstrue pas les bronches en déterminant de l'asphyxie.

On pourra, pour combattre la douleur et à titre de décongestionnant, faire des applications de compresses froides ou de sachets de glace sur le devant du cou.

Ce traitement médical suffira souvent (dans les observations recueillies par nous de fracture isolée de la trachée, sur onze malades guéris, deux seulement ont été opérés). Cependant, il faut savoir que c'est là un traitement d'attente et que dans certains cas on doit recourir au traitement chirurgical. Dans les fractures de la trachée compliquées de fractures du larynx, c'est à ce dernier que l'on songera surtout.

B. Traitement chirurgical. — Le symptôme capital sur lequel on doit se guider pour savoir s'il y a lieu d'intervenir,

Digitized by Google

c'est la dyspnée. Si elle est intense dans les moments qui suivent le traumatisme et qu'elle menace le sujet d'asphyxie, il n'y a pas à hésiter, il faut faire la trachéotomie d'urgence; si la dyspnée va en augmentant d'une façon progressive, le lendemain de l'accident et les jours suivants, si l'on voit survenir de la cyanose du visage, il faut opérer. La conduite sera la même si, dans le cours de la maladie paraissant évoluer vers la guérison, on voit apparaître brusquement une crise de dyspnée, comme le fait est signalé dans une de nos observations. (Corley.)

Dans tous les cas, même dans ceux où le seul traitement médical est appliqué et paraît réussir, il faut être prévenu de la possibilité d'accidents graves (à la suite de mouvements brusques de la tête, après une quinte de toux, etc.) et se tenir prêt à intervenir.

S'il y a fracture des cartilages du larynx, il faudra pendant la trachéotomie, à travers la plaie, redresser et remettre en place les fragments de cartilage déplacés, faisant saillie dans la lumière du larynx, dans le but d'éviter des sténoses ultérieures.

Gurlt, Hunt, Hénocque, admettent que la trachéotomie doit tirer ses indications de la dyspnée. Witte (Archiv. für Klin. Chir. Bd. XXI) la recommande à titre de prophylaxie de l'œdème de la flotte, il fait exception pour les cas où le malade peut être placé sous la surveillance constante d'une personne expérimentée.

Il conseille d'intervenir au point même où la trachée a été sectionnée et de placer là une longue canule.

Hüter (Handbuch der chirurgie. V. Billroth, Bd III. Abt. I, 1872) recommande la trachéotomie préventive, car elle est une opération peu dangereuse par elle-même, et elle expose moins à la mort que l'expectation. En aucun cas, il ne faut attendre un commencement d'asphyxie pour opérer.

Quand la canule a été mise en place, il est bon de pratiquer

Digitized by Google

l'aspiration pour désobstruer la trachée du sang et des caillots qui peuvent s'y trouver.

Dans les cas de section complète de la trachée, s'il est possible de libérer les deux segments et de les rapprocher, il pourra être très profitable de poser quelques anses de fil qui les maintiendront en contact. Witte ne recommande pas cette manière de faire qui, d'ailleurs, est souvent impraticable : les deux bouts de la trachée sont très éloignés et ne peuvent s'affronter.

Le rapprochement des deux segments sectionnés n'est pas indispensable à la guérison, nous n'en voulons pour preuve que l'observation de Long. Son malade guérit sans suture, après la trachéotomie, avec formation d'un conduit fibreux qui réunissait les deux bouts de la trachée et suffisait amplement au passage de l'air.

(A suivre).

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

Séance du 24 avril 1903

(SUITE ET FIN).

Recherches sur le rôle physiologique des auricules du cœur

Par M. DE SUREL

M. de Surel a cherché à résoudre la question du rôle physiologique des auricules, et, considérant les rapports de ces auricules avec l'origine de l'artère pulmonaire et de l'aorte, il s'est demandé *si le rôle physiologique des auricules ne serait pas de rendre solidaire de leur réplétion plus ou moins complète ou de leur contraction corrélative le débit des vaisseaux qu'elles embrassent et d'assurer ainsi automatiquement l'harmonie réciproque des deux circulations.*

Pour vérifier cette hypothèse, M. de Surel recherche successivement si cette régulation hypothétique est utile, si elle est possible,

Digitized by Google

si enfin l'expérimentation et l'observation permettent de la manifester.

a) Utilité. — Son utilité peut tout d'abord sembler contestable après les nombreuses acquisitions physiologiques sur l'innervation de l'appareil circulatoire qui ont illustré la seconde moitié du dernier siècle. S'étendant à la fois à l'organe propulseur, par les nerfs cardiaques intrinsèques et extrinsèques, et à l'ensemble du circuit sanguin, par les vaso-moteurs, l'innervation du système vasculaire paraît, en effet, à première vue, suffire à tous les besoins. Il en est un néanmoins et un assurément important, celui de la coordination des deux courants circulatoires, pulmonaire et général, auquel elle ne semble pas toujours devoir faire face. Envisageons ces deux points : importance d'une telle coordination, insuffisance de la régulation nerveuse pour toujours la réaliser, et nous en déduirons l'utilité de notre hypothèse.

La coordination des deux courants sanguins émanant du cœur n'est en somme que le corollaire de cette loi d'équilibre circulatoire qui établit qu'au même moment le débit d une section à la suivante du système vasculaire doit être invariable. Son importance est évidemment du même ordre.

Mais cette loi exige que le rapport des résistances entre la petite et la grande circulation $\left(\frac{r}{R} = \frac{1}{4}\right.$ d'après Jolyet et Tauziac) soit lui-même invariable. Si l'on suppose, en effet, qu'à un moment r, résistance des capillaires pulmonaires, augmente sans que R, résistance des capillaires généraux, varie, le débit diminuera nécessairement dans la petite circulation, tandis qu'il restera stationnaire dans la grande. Dans un système imperméable et inélastique, une pléthore des cavités droites et une ischémie des cavités gauches en résulteraient aussitôt. De plus, le cœur aura beau modifier son rythme, en vertu de l'isochronisme de ses contractions, la même inégalité persistera. On voit déjà par là qu'en physiologie normale, en dehors de la dilatation et de l'hypertrophie compensatrices, l'action isolée des nerfs cardiaques est impuissante à coordonner la double circulation. Reste la vaso-motricité, dont l'influence éminemment régulatrice est indéniable. Toutefois, il importe de remarquer qu'en raison du développement très inégal des deux systèmes pulmonaire et périphérique, une modification vaso-motrice 5 du premier système devrait être accompagnée d'une modification de

Digitized by Google

même sens 4 × 5 du second. Or, on sait, ainsi que l'a démontré Frank, que les théories de Gley, de Dastre et Morat sur les associations vaso motrices ayant pour but de maintenir constantes la résistance de chaque territoire vasculaire (théorie de Gley) et la pression dans tout l'arbre vasculaire (théorie de Dastre et Morat, encore dite loi de balancement), n'ont rien d'absolu et sont assez souvent en défaut. Il est *a fortiori* vraisemblable d'admettre la même insuffisance de la vaso-motricité à agir toujours parallèlement dans la grande et la petite circulation En fait, la pathologie surprend très souvent les ruptures d'équilibre entre ces deux systèmes, et précisément l'organisme s'en défend par une adaptation cardiaque (dilatation et hypertrophie compensatrices). Physiologiquement, la même rupture d'équilibre étant temporairement possible, nous sommes donc bien autorisés de tout ce qui précède à conclure à l'utilité d'une intervention fonctionnelle des auricules, dans le sens de notre hypothèse, pour en rétablir accessoirement l'harmonie. Celles-ci se présenteraient, dès lors, comme une adaptation non plus pathologique mais physiologique du muscle cardiaque, adaptation d'ailleurs commandée par l'apparition, dans la série des vertébrés, de la circulation double et complète. Un coup d'œil jeté sur l'anatomie comparée vient, en effet, à l'appui de cette thèse.

Sans insister sur les transformations connues du cœur des vertébrés hétérothermes, poissons, batraciens, reptiles, on peut retenir que chez tous est soigneusement sauvegardé le balancement des pressions entre les deux grands territoires vasculaires, celui chargé de l'hématose et le système général. De simple la circulation devient double, mais la communication maintenue entre les deux systèmes assure toujours ce balancement des pressions.

Si l'on passe ensuite à la circulation des homéothermes, oiseaux et mammifères, on constate que la transformation n'a pas consisté uniquement dans une séparation complète des deux cœurs, mais qu'elle a entraîné, en même temps : 1° la soudure plus ou moins étendue des deux oreillettes (qu'on trouve isolées chez les reptiles et les crocodiliens), et surtout 2° leur développement prépondérant au voisinage des troncs artériels, 3° leur disposition engaînante autour de ceux-ci. Or, comment ne pas voir une relation de cause à effet entre la séparation complète des deux circuits sanguins et cette modification de la base du cœur? Et, dans ce cas, n'est-il pas vraisemblable d'admettre qu'une pareille modification a pour but de maintenir encore l'équilibre entre les deux circuits désormais

Digitized by Google

distincts? Chez l'homme et les mammifères, cette adaptation atteint son maximum et détermine la production des auricules. Chez les oiseaux, où elle est moins apparente, bien que déjà nette, il importe de tenir compte de l'architecture spéciale des ventricules qui s'emboîtent l'un l'autre, acquièrent une solidarité concourant au même but[1].

Des considérations tirées de la circulation fœtale nous confirmeraient de même dans cette idée de l'utilité du rôle régulateur des auricules. Mais il est temps de voir comment cette régulation est possible.

b) Possibilité. — Sur ce point, il est aussi malaisé *a priori* d'être aussi affirmatif que sur le premier, en face des objections qui viennent à l'esprit, à la lecture des cardiogrammes et des mesures hémodynamométriques.

La révolution cardiaque, d'une part, semble contredire l'action des auricules pendant la systole ventriculaire, puisqu'à ce moment les oreillettes, dont elles dépendent, sont en diastole.

Les pressions sanguines, d'autre part, sont si différentes dans les troncs artériels et dans les oreillettes, qu'il paraît bien difficile d'admettre leur antagonisme.

Cependant, il est permis de répondre à la première objection : la systole auriculaire ne vide jamais l'oreillette et ce reliquat sanguin est nécessairement variable. Dans sa diastole, l'oreillette n'est pas flasque, mais conserve toujours une sorte de tonus que révèlent les ondulations cardiographiques. Or, ce tonus doit être influencé par le reliquat sanguin, et son maximum doit, forcément, avoir pour siège les auricules, conséquence de leur hypertrophie musculaire. On sait, de plus, que les auricules se contractent les dernières ; or les cardiogrammes ne prouvent pas d'une façon précise que leur contraction propre ne puisse parfois s'effectuer au moment de la systole ventriculaire, et rien n'empêche de leur reconnaître non-seulement un rôle passif, par gonflement, mais aussi actif, par con-

[1] Les anastomoses signalées entre les artères fonctionnelles du poumon et les artères nourricières au niveau des bronches de moyen calibre seraient-elles confirmées, elles n'apporteraient qu'une preuve de plus à cette constatation banale de l'infinité des ressources de la nature pour assurer le bon fonctionnement de l'organisme et parer à toute éventualité. Elles ne sauraient en rien infirmer nos déductions, car il resterait à prouver, ce qui est bien peu probable, que cette communication anostomotique est dans tous les cas suffisante.

Digitized by Google

traction. Enfin, leur fonctionnement, n'ayant pour but que de suppléer à l'insuffisance éventuelle de la vaso-motricité, exige sans doute un certain degré de pléthore qui peut n'être pas réalisé dans les expériences cardiographiques.

Contre la deuxième objection, outre qu'il est permis d'opposer la possibilité d'une action contractile de puissance inconnue, mais non négligeable, étant donné le développement musculaire des auricules, on peut faire appel à l'expérience de Venturi, qui, complétant heureusement celle des tubes piézométriques, seule figurée dans les traités de physiologie, permet d'éliminer la trop grande inégalité des pressions entre les troncs artériels et les oreillettes.

Cette expérience consiste à placer un tube piézométrique à une distance de l'orifice de sortie du réservoir égale au rayon de cet orifice, le tube coudé en ∩ plongeant par son autre extrémité dans un vase plein d'eau. On constate ainsi, lors de l'écoulement, qu'en ce point de la conduite, à l'inverse de ce qui se produit aux autres points, il existe une dépression égale, en valeur absolue, aux trois quarts environ de la pression à l'orifice. Cette dépression est due à une contraction de la veine liquide, en ce point singulier, et se trouve mesurée par l'élévation de l'eau non plus dans la branche piézométrique, qui, elle, reste vide, mais dans l'autre branche. Or, les auricules occupent la même situation que ce tube de Venturi, car elles reposent sur les troncs artériels immédiatement au-dessus des valvules sigmoïdes.

Il convient en dernier lieu d'observer que les auricules ne peuvent pas exercer simplement un refoulement en bloc du vaisseau en contact, mais bien une déformation grâce à la proximité de la ligne de suture du péricarde; elles ne peuvent pas non plus agir par refoulement du sac fibreux péricardique, puisque, d'après Poirier, le péricarde, même fortement distendu expérimentalement par l'insufflation, présente en cette région une zone d'étranglement, attestant la constance de son diamètre pendant toute la durée de la révolution cardiaque. Ainsi pincées, comme nous le notions en commençant, entre une paroi inextensible, la péricardique, et une paroi élastique, l'artérielle, en cas de pléthore leurs modifications passives ou actives doivent nécessairement retentir sur cette dernière. Le débit de l'orifice artériel affecté sera en conséquence diminué et l'évacuation du ventricule correspondant incomplète, sinon prolongée.

Digitized by Google

Quoi qu'on puisse dire d'ailleurs théoriquement pour ou contre la possibilité du rôle régulateur des auricules, l'expérimentation semble bien témoigner de sa réalité.

c) Vérification expérimentale. — Deux genres d'expériences m'ont paru se prêter à cette démonstration : expérience *in vivo* et expérience *in morte*. Le chien m'a servi de sujet.

Première expérience. — Si par la jugulaire externe d'un chien on injecte, sous une pression évidemment modérée pour se maintenir dans les limites physiologiques, du sérum artificiel et en même temps par la carotide on relève graphiquement la pression artérielle, on obtient un tracé qui montre qu'au début de l'injection la pression artérielle baisse — manifestant ainsi, à mon avis, la constriction de l'aorte par l'auricule droite — pour subir bientôt un relèvement dû à l'augmentation du liquide circulatoire.

Deuxième expérience. — Sacrifiant ensuite l'animal, si on en extrait le cœur, enveloppé de son péricarde, après ligature de tous les vaisseaux sauf l'aorte et une des veines caves ; si on met l'orifice veineux en communication avec un réservoir d'eau facile à élever, de façon à pouvoir faire varier la pression dans le cœur droit ; si, enfin, on injecte un courant d'eau dans le ventricule gauche au moyen d'une grosse aiguille à injection reliée à un autre réservoir, dans ces conditions, on remarque qu'on peut modifier à volonté le jet sortant par l'aorte en faisant simplement varier la pression dans le cœur droit. Or, il suffit à ce moment de regarder par la lumière de l'artère pour constater qu'il existe un étranglement du tronc aortique situé au-dessus des valvules sigmoïdes et correspondant à l'auricule droite. Qu'on vienne d'ailleurs à sectionner le péricarde, on voit aussitôt l'auricule faire hernie et le jet interrompu, ainsi libéré, se remettre à couler.

Cette double expérience paraît assurément vérifier l'hypothèse d'un rôle régulateur des auricules. L'établit-elle définitivement ? Je n'en ai pas la prétention. Il reste, en effet, à le contrôler, soit par d'autres expériences, soit surtout par des observations pour lesquelles il est encore de mon devoir de décliner toute compétence et pour lesquelles aussi, Messieurs, je ne pouvais mieux m'adresser qu'à vous. Je m'estimerai assez récompensé si cette communication suscite de telles recherches.

En terminant, s'il m'était permis, malgré ma réserve obligée, au point de vue clinique, d'émettre une opinion, je dirais que peut-

Digitized by Google

être certains troubles cardiaques pourraient trouver là une explication, en particulier le bruit de galop facile à observer sur soi-même par l'autostéthoscopie et à provoquer par des efforts respiratoires. C'est ce bruit de galop dont Potain disait que ses causes semblent devoir être cherchées à la fois dans l'état de la circulation générale, dans celui de la circulation pulmonaire et dans l'énergie du cœur lui-même. Or, nous avons bien vu intervenir ces trois facteurs, mais c'est principalement le facteur cardiaque indéterminé que j'ai essayé de dégager.

Avortement gémellaire à deux mois.

Par le Docteur GUÉRIN-VALMALE.

Le Docteur Guérin-Valmale présente à la Société les pièces provenant d'un avortement gémellaire qu'il doit à l'extrême obligeance du Docteur Vivien, de Castelnau.

On y remarque deux œufs sphériques de la grosseur d'une noix, absolument indépendants l'un de l'autre. Sur un côté de chacun d'eux se distingue un large épaississement de la paroi choriale très végétante en ce point, destiné à former le placenta, tandis que les autres régions de l'œuf ont conservé bien peu de leurs villosités. A travers les membranes on voit le liquide amniotique de l'embryon. Une autre masse membraneuse, déchiquetée et épaisse, n'est autre que la caduque utérine.

Après ouverture de chaque œuf, on distingue l'embryon sous la forme d'un petit corps blanchâtre, allongé, d'environ 8 millimètres de long, légèrement incurvé ; son bord interne est mamelonné et fixé aux enveloppes par un petit cordon très court.

Ces pièces proviennent d'une jeune femme de 22 ans qui accoucha, il y a 2 ans, à terme d'un enfant mort depuis 2 jours, qui avorta il y a sept mois d'un œuf de 2 à 3 mois et qui, réglée pour la dernière fois, le 8 février, a été subitement prise d'hémorragie utérine le 19 avril et a avorté le lendemain de ces deux jumeaux. La caduque a été d'abord expulsée en grande partie, puis un examen médical a permis de cueillir un des œufs dans le vagin et l'autre dans le col. Il n'y a eu aucune complication Comme il n'y a eu ni syphilis, ni albuminurie, ni traumatisme, on ne sait à quoi attribuer la mort du premier enfant et les deux autres avortements.

Digitized by Google

Un point intéressant, c'est l'état de développement de ces œufs dans une grossesse gémellaire de deux mois. Absolument indépendants l'un de l'autre, ils ont évidemment chacun un volume inférieur à celui d'un œuf unique du même âge, mais leur ensemble devait dépasser quelque peu ce volume. Quant aux embryons, ils paraissent aussi un peu petits pour leur âge et ne dépassent pas les dimensions que Ribemont donne au fœtus d'un mois qu'il représente grandeur nature, à la page 106 de son Précis d'Obstétrique.

Ce moindre développement des jumeaux, bien souvent remarqué à la naissance à terme, ou près du terme, paraît encore plus net dans les débuts de la grossesse. Le Docteur Guérin-Valmale l'a déjà remarqué dans plusieurs avortements gémellaires et entre autres dans un cas où deux œufs expulsés au 133e jour après les règles contenaient deux fœtus dont l'un mesurait 74 millimètres et pesait 11 grammes et dont l'autre, long de 73 millimètres, ne pesait que 9 grammes, alors qu'à cette époque de la grossesse un fœtus unique mesure déjà plus de 15 centimètres et pèse plus de 50 gr.

Ce développement lent de l'œuf au début de la grossesse peut s'expliquer peut-être de la façon suivante. A cette époque, un œuf unique couvert de tous côtés de villosités et enveloppé de toutes parts par une épaisse caduque puise abondamment les sucs nutritifs qui lui sont nécessaires. Lorsque deux œufs se développent simultanément dans la cavité utérine, chacun d'eux trouve moins à puiser d'abord et, de plus, arrivant bientôt au contact l'un de l'autre, la région inter-ovulaire de chacun d'eux devient inactive et ne doit fournir que bien peu pour la nutrition de l'œuf, d'où un moindre développement et un moindre volume.

LA CRISE DE L'AGRÉGATION

Par le Dr **Léon IMBERT**

(Suite)

Les défenseurs de l'agrégation, les agrégés eux-mêmes ont toujours eu le souci, dans leurs revendications, de satisfaire à deux desiderata : 1° pas d'augmentation de dépenses ; 2° pas de diminution dans le recrutement. Je crois qu'ils ont eu tort et je discuterai

Digitized by Google

aujourd'hui ces deux points, en leur en adjoignant un troisième, secondaire, mais mis au premier plan dans ces dernières années, celui des agrégés des sciences dites accessoires.

Mais, à supposer que ces deux grands principes fussent respectés, la revendication fondamentale des agrégés, la pérennité serait-elle acceptée? On pourrait le croire, et cependant il n'en est rien. L'étrange situation faite à l'agrégation a faussé les conceptions les plus simples et l'on en est arrivé à formuler des arguments de principe contre l'agrégation carrière.

En donnant la pérennité aux agrégés, a-t-on dit, vous leur donnez en même temps la sécurité pour le reste de leur existence, vous en faites des fonctionnaires parvenus, sans ambition, et par conséquent vous supprimez chez eux le désir de travailler que suscite la précarité de leur situation. J'ai dit déjà que, si on suscitait quelque chose chez eux, c'était bien moins l'amour du travail que le désir de se créer une situation à côté de l'enseignement. Mais je veux insister surtout sur l'étrangeté d'un tel principe. A tout prendre, un agrégé est un fonctionnaire auquel on demande de faire des cours et de prendre part à des examens; s'il accomplit sa besogne consciencieusement, faut-il lui demander autre chose? et pourquoi ces craintes, qui se manifestent d'une façon si blessante pour les agrégés de médecine, ne les éprouve-t-on pas vis-à-vis des maîtres de conférences des facultés des sciences et des lettres, des agrégés de droit, qui, dès l'instant qu'ils sont nommés, possèdent une situation définitive? J'admets cependant que l'on exige des agrégés de médecine plus que des autres, et qu'on leur demande de contribuer efficacement aux progrès de la science. Si cette objection était faite d'une façon sincère, la première condition devrait être de mettre entre les mains des agrégés des moyens de travail, c'est-à-dire un service d'hôpital ou un laboratoire. Or, je connais nombre d'agrégés qui sont absolument dépourvus de l'un et de l'autre. On leur dit : « Travaillez et faites-vous connaître; si vous y réussissez, dans neuf ans, il est possible que je ne vous mette pas à la porte ». Et comme l'agrégé demande des moyens de travail, on lui répond, comme à la caserne : « Débrouillez-vous ». Ne sent-on pas, en outre, le danger de dire à des hommes de trente ans, qui ont travaillé plus que leurs camarades : « Je pourrais vous donner la sécurité, mais vous ne l'aurez pas, car vous seriez capable d'en abuser pour vous reposer ».

Le lecteur qui vient de parcourir les lignes qui précèdent s'ima-

Digitized by Google

gine peut-être, dans sa simplicité, que le vif souci de voir les agrégés contribuer aux progrès de la science conduit à récompenser les meilleurs de leurs efforts et à rejeter les moins bons. Les agrégés sont si habitués à être considérés comme des fonctionnaires d'exception qu'ils seraient parfaitement disposés à accepter une pareille solution. On ne la leur offre pas du reste; et la question du travail personnel, à laquelle on attache une si grande importance de principe quand il s'agit de repousser la pérennité, devient subitement négligeable dès qu'il faut en faire l'application. Arrivé au bout de ses neuf ans, l'agrégé peut, par mesure spéciale, être conservé pendant trois années encore; mais cette mesure est prise, non pas suivant qu'il a travaillé ou non — on ne le lui demande même pas — mais suivant qu'il appartient à telle section ou à telle autre; ce simple fait, qui ne peut être contesté par personne, montre bien le caractère essentiellement artificiel de l'argument que je viens de discuter.

L'objection fondamentale faite à la pérennité ne paraît donc pas soutenable; malheureusement, celle-ci se heurte aux deux principes que j'ai signalés plus haut.

L'augmentation des dépenses. Le budget est en tel déficit, dit-on, qu'il ne peut supporter aucune charge nouvelle. On ne songe pas que le déficit provient précisément des crédits nouveaux que l'on vote journellement. Combien sont moins nécessaires et grèvent plus lourdement le budget que celui que comporterait la réforme de l'agrégation! C'est une œuvre de persuasion à entreprendre; lorsque les agrégés auront établi auprès des autorités compétentes la nécessité de la réforme, les crédits correspondants seront bien près d'être votés. Au reste, l'augmentation des dépenses serait bien minime si l'on consentait à abandonner le second principe intangible, le maintien du recrutement.

Le projet que la réunion des agrégés a voté récemment se conforme entièrement à ce principe. Et cependant, il ne me paraît guère plus acceptable que celui dont je viens de parler. Si l'on prolonge ou pérennise les agrégés, dit-on, il y aura moins de concours, moins de candidats; d'autre part, ceux-ci, incertains de la date, ne pourront plus s'y préparer.

Il faut faire remarquer tout d'abord que les concours seront toujours annoncés suffisamment à l'avance pour que les candidats puissent se soumettre à la préparation indispensable. Mais en dehors même de cette remarque, cette objection est un peu simpliste.

Digitized by Google

Pense-t-on vraiment que, plus on a de concours, plus on a de candidats? Je disais plus haut que ce qu'il y avait de surprenant, dans l'agrégation actuelle, c'était qu'elle fût briguée par des candidats qui, en majorité, ont longuement travaillé. Pense-t-on, que, en diminuant le nombre des concours et en augmentant la sécurité de l'agrégé, on ne réunira pas, au contraire, plus de candidats et meilleurs? Pense-t-on que, si les agrégés de droit avaient une perspective analogue à celle de leurs collègues de médecine, les candidats seraient aussi nombreux et pense-t-on qu'on en augmenterait le nombre et la qualité en établissant des concours plus fréquents? Au reste, est-il possible d'admettre la portée de cet argument, lorsqu'on voit accorder la prolongation aux agrégés de sciences dites acce-soires, c'est-à-dire à ceux dont les concours réunissent d ordinaire le moins de candidats, tandis qu'elle est refusée aux agrégés de médecine et de chirurgie dont la place est d habitude plus convoitée? C'est, du reste, au sujet de cette gêne du recrutement qu'on semble le plus s'être éloigné des principes élémentaires qui régissent toutes nos organisations : il semble que les places d'agrégé soient créées pour y nommer des candidats ; on ne songe qu'à eux, on ne voit qu'eux, jusqu'au jour où, devenus agrégés, ayant fourni la preuve de leur mérite, ils seront sacrifiés, à leur tour, aux inconnus ou à l'inconnu des concours. Partout, un bon fonctionnaire, un bon employé est précieusement conservé ; et c'est pousser un peu trop loin le souci de posséder un personnel supérieur que de chasser celui que l'on possède et en qui l'on a confiance pour le remplacer par un autre, que l'on ne connaît pas et qui sera *peut-être* meilleur. Un industriel qui procèderait par ces mesures fiévreuses et inquiètes ne pourrait, assurément, que compromettre l'avenir de son entreprise.

(*A suivre*).

NOUVELLES

INSTITUT BOUISSON-BERTRAND. — Pendant le mois de mai, 37 personnes ont été admises au traitement antirabique.

14 personnes provenaient du département de l'Hérault, 7 de Vaucluse, 6 de la Haute-Garonne, 3 des Pyrénées-Orientales, 2 du Gard, 2 de l'Aveyron, 1 de l'Aude, 1 du Tarn, 1 du Tarn-et-Garonne.

Sur ce nombre 14 personnes ont été hospitalisées.

Digitized by Google

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — CONCOURS POUR UNE PLACE DE CHEF DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE. — Ce Concours s'ouvrira le *Lundi* 22 *Juin* 1903.

Les inscriptions seront reçues, au Secrétariat de la Faculté, jusqu'au Vendredi 19 juin, à 4 heures.

En se faisant inscrire, les Candidats déposeront :

1° Leur diplôme de docteur ;

2° Leur acte de naissance ;

3° La notice de leurs titres et leurs travaux scientifiques.

Les épreuves du Concours consistent en :

1° Une composition écrite sur un sujet de Pathologie et de Thérapeutique obstétricales ;

2° Deux leçons cliniques, après examen préalable d'une ou plusieurs malades ;

3° Deux épreuves pratiques, savoir : *a*) une Nécropsie ou une épreuve microscopique ; *b*) des opérations sur le mannequin ;

4° L'appréciation des titres et des travaux antérieurs des Candidats.

La durée des fonctions de Chef de Clinique obstétricale et gynécologique est de trois ans.

Le titulaire entrera en exercice le 1er novembre 1903 et recevra un traitement annuel de 1.200 francs.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Tableau des Actes du 25 au 31 Mai 1903.

Mardi midi 1/2, 3e examen, 1re partie, examinateurs : MM. Truc, Estor, Vallois ; candidats : Pissareff, Helmann. — 9 h., 5e examen, 2e partie, examinateurs : MM. Grasset, Carrieu, Brousse ; candidats : MM. Vassilevsky, Utéza. — Midi 1/2, 1er examen, examinateurs : MM. Estor, Mouret, Jeanbrau ; épreuve pratique à 10 heures, 5 candidats.

Mercredi midi 1/2, 3e examen, 2e partie, examinateurs : MM. Mairet, Ducamp, Vires ; candidats : MM. Filippi, Lequyer. — 10 h., 5e examen, 2e partie, examinateurs : MM. Tédenat, Puech, de Rouville ; candidats : MM. Zénoff, Raffalli.

Jeudi, conseil. — 8 h. 1/2, 2e examen, examinateurs : MM. Vialleton, Ville, Hédon ; candidats : MM. Smirnoff, Rives, Favier.

Vendredi midi 1/2, 3e examen, 2e partie (a. r.), examinateurs : MM. Ducamp, Baumel, Raymond ; candidats : MM. Monnier, Mattei. — Midi 1/2, 4e examen, examinateurs : MM. Hamelin, Sarda, Vires ; candidats : Roger, Savelli, Bruneau. — Midi 1/2, thèse, examinateurs : MM. Forgue, Bosc, Jeanbrau, Imbert L. ; candidat : M. Danillon. — Midi 1/2, 3e examen, 1re partie, examinateurs : MM. Tédenat, Vallois, Imbert ; candidats : MM. Benott M., Bérard.

Samedi 1 h. 1/2, 3e examen, 2e partie, épreuve pratique, examinateurs : MM. Granel, Bosc, Vedel ; candidats : MM. Paulin, Djiritis. — 9 h., 5e examen, 2e partie, examinateurs : MM. Grasset, Carrieu, Brousse ; candidats : MM. Beis, Loubet, Massé.

L'Éditeur-Gérant : P. DELORD-BOEHM.

Montpellier. — Imprimerie DELORD-BOEHM ET MARTIAL.

Digitized by Google

N° 24 14 JUIN 1903 TOME XVI

MONTPELLIER MÉDICAL

Journal Hebdomadaire paraissant tous les Dimanches

TUMEUR SACRO-COCCYGIENNE

CHEZ UN NOUVEAU-NÉ (INCLUSION FŒTALE)

Par le Dr **VALLOIS**

Professeur agrégé à la Faculté de Montpellier

Les tumeurs sacro-coccygiennes qu'on peut rencontrer chez les nouveau-nés sont intéressantes pour l'accoucheur au point de vue des difficultés qu'elles créent parfois lors de l'accouchement, pour le chirurgien au point de vue des interventions auxquelles elles sont susceptibles de donner lieu, enfin pour l'anatomo-pathologiste au point de vue de leur structure et de leur pathogénie.

En 1868, le professeur Stoltz (de Strasbourg), qui déjà en 1846 avait fait soutenir une thèse sur les tumeurs enkystées de l'extrémité inférieure du tronc fœtal [1], inspirait à un de ses anciens internes un nouveau travail sur ce sujet [2].

Dans sa thèse d'agrégation [3], mon maître le professeur A. Herrgott étudie plus spécialement le rôle que les tumeurs sacro-coccygiennes peuvent jouer comme cause de dystocie.

C'est à ce même point de vue que se place M. Rivière dans

[1] Thèse de Veling (de Wissembourg).

[2] Thèse de Molk.

[3] Des maladies fœtales qui peuvent faire obstacle à l'accouchement, Paris, 1878; p. 229.

Digitized by Google

sa communication à la Société obstétricale de France [1], où, à propos d'un fait personnel, il indique comment la tumeur fœtale peut par elle-même devenir cause de dystocie et trace la conduite que selon lui doit suivre l'accoucheur.

Deux ans plus tôt avait paru la thèse de M. Calbet [2], où, sans négliger la partie clinique, l'auteur étudie d'une manière complète l'anatomie pathologique et la pathogénie des tumeurs congénitales d'origine parasitaire siégeant au niveau de la région sacro-coccygienne.

Enfin nous rappellerons l'observation rapportée par le professeur Budin [3] et le travail récent du docteur Véron (de Rennes) [4].

J'ai eu l'occasion d'observer un cas de tumeur sacro-coccygienne d'origine parasitaire chez un nouveau-né lorsque j'avais l'honneur de remplacer le professeur Grynfeltt à la clinique obstétricale de Montpellier. D'une part, l'examen de la tumeur, fait par le professeur Bosc, a présenté certaines particularités intéressantes. D'autre part, ces tumeurs sont très rares, puisque, d'après le Dr Calbet, M. Fochier, en six ans, à la Maternité de Lyon, où il se fait 1.200 accouchements par an, n'en aurait observé qu'un cas, et même Mme Henry, à la Maternité de Paris, n'en aurait vu qu'un seul cas sur 24.836 accouchements. C'est ce qui m'a engagé à publier cette observation.

B.. B..., âgée de 21 ans, I-pare, accouche à la Clinique obstétricale de Montpellier, le 23 février 1902, d'un enfant du sexe masculin.

Dernier jour des dernières règles, 3 juillet.

Serait devenue enceinte du 3 au 6 juillet.

[1] De la dystocie par tumeur fœtale sacro-coccygienne ; Annales de la Société obstétricale de France, 1895 ; p. 37.

[2] Contribution à l'étude des tumeurs congénitales d'origine parasitaire de la région sacro-coccygienne. Th. Paris, 1893.

[3] Femmes en couches et nouveau-nés, p. 237. Paris, 1897.

[4] De la pathogénie des tumeurs sacro-coccygiennes. Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris, 1902, p. 261.

Digitized by Google

Pertes de sang pendant la grossesse. On n'a pas noté d'hydramnios.

L'enfant s'est présenté en OIDP.

Il pèse 2 kil. 180 gram., et mesure 46 centim. Il succombe quelques heures après sa naissance.

Le placenta pèse 440 grammes. Son bord inférieur est à 9 centimètres de l'orifice des membranes.

Examen de l'enfant. — Au niveau de la région sacro-coccygienne, il présente une tumeur du volume d'une petite orange et vaguement mamelonnée. La peau qui la recouvre a une coloration normale sur la moitié de sa surface, mais l'autre moitié est violacée, lie de vin, et offre en quelques points des dilatations veineuses. La tumeur continue en arrière le plan dorsal du fœtus. Elle repousse le périnée postérieur, de telle sorte que l'anus est projeté en avant. Elle est située entre l'anus et le coccyx. Pas de pédicule net.

La consistance est ferme, mais on trouve cependant, en certains endroits, des points de fluctuation.

Léger œdème des parties génitales.

Autopsie de l'enfant. — Incision longitudinale de la peau, qui est extrêmement amincie et vascularisée dans les points opposés au lieu d'implantation. On arrive à isoler la tumeur, qui en certains endroits est entourée d'une coque de tissu conjonctif épaissi. Quelques petits kystes, du volume d'une noisette ou d'un pois, sont ouverts et laissent échapper un liquide clair, citrin. En continuant la dissection, on constate que la tumeur sort du petit bassin entre les deux ischions et les deux grands ligaments sacro-sciatiques. Le coccyx, repoussé en arrière, adhère intimement à la tumeur. Le rectum est refoulé en avant et à gauche; il est aplati. Après avoir sectionné la symphyse pubienne et écarté les deux moitiés du bassin, on voit que la tumeur s'insère, par un pédicule fibreux et assez étroit, à la face antérieure du sacrum, au niveau des 3me et 4me vertèbres sacrées.

Le pédicule s'élargit ensuite ; la tumeur refoule les organes voisins et se dirige vers le périnée postérieur.

La tumeur a été remise à M. le professeur Bosc, que nous remercions d'avoir bien voulu nous communiquer le résultat de son examen. Voici la note qu'il nous a transmise :

« *Examen macroscopique.* — La tumeur, du volume d'une petite orange, est légèrement piriforme, grossièrement lobulée, entourée

Digitized by Google

par une capsule mince, lisse et assez fortement vascularisée. Cette tumeur, mollasse, pend en forme de sac au niveau de la région sacro-coccygienne, à laquelle elle est appendue par un pédicule du volume du petit doigt. La dissection de ce pédicule montre qu'il est attaché à la base du coccyx par un tractus fibreux, assez peu résistant, paraissant lui-même renfermer encore de la matière propre qui constitue la tumeur.

» Une coupe de la tumeur, dans son ensemble, montre qu'elle est constituée par un tissu mou dont une partie diffluente et même liquide, d'apparence gélatineuse ou myxoïde, est parcourue par des travées ou des placards de tissu plus résistant parfois d'apparence nacrée ou lardacée. Vers les parties centrales surtout, le tissu prend l'aspect et la consistance de la substance cérébrale, tandis que vers la plus grande étendue de la périphérie le tissu devient fibreux et forme des mailles très nettes à point de départ capsulaire.

» *Examen microscopique* — On a prélevé trois fragments pris en des points divers de la tumeur. Fixés dans le sublimé, ils ont été colorés par les diverses méthodes usuelles.

» *Un des fragments* est formé par de larges bandes de tissu fibreux lamelleux, renfermant des vaisseaux à parois épaisses. Dans les bandes fibreuses les plus épaisses pénètrent des travées formées de cellules étoilées à gros noyaux réunies par leur prolongement et plongées dans un milieu sans structure ou finement granuleux. Ce dernier tissu dissocie de plus en plus les bandes fibreuses, surtout autour des vaisseaux, et forme des espaces de plus en plus considérables. Il prend alors l'aspect typique du *tissu muqueux* des polypes nasaux. Lorsque ce tissu muqueux a envahi de larges espaces, les prolongements cellulaires deviennent moins apparents, les cellules plus disséminées se vacuolisent et on a ainsi une sorte de *dégénérescence mucoïde* qui constitue les parties en liquéfaction gélatineuse notées à l'examen macroscopique.

L'examen de ce premier fragment ferait aisément porter le diagnostic de *fibro-myxome*. Mais nous sommes frappé par l'existence, en un point très limité de la tumeur, d'une *formation glandulaire* ressemblant assez exactement à une coupe de glande mammaire à canal excréteur à cellules cylindroïdes, autour duquel existent des groupes d'acini à cellules cubiques disposés en lobules. Ces lobules

Digitized by Google

sont entourés de tissu conjonctif, sauf en certains points où le tissu myxomateux entre en contact direct avec eux.

» 2me *Fragment.* — L'examen du 2me fragment est beaucoup plus instructif. Dans un tissu à peu près purement muqueux, traversé seulement de quelques bandes fibreuses, on trouve d'autres formations glandulaires identiques aux précédentes. Mais, non loin de ces dernières, on trouve des formations glandulaires différentes : elles sont constituées par des tubes dilatés, les uns complètement arrondis, d'autres irréguliers et d'apparence papillomateuse et dont la surface interne est recouverte de cellules cylindriques à plateau sur un ou deux rangs ou le plus souvent de cellules atypiques surmontées d'un bouquet de cellules cylindriques à plateau.

» En un point et formant une partie bien circonscrite dans le tissu muqueux condensé, on note des tubes recouverts de longues *cellules cylindriques* à transformation muqueuse plus ou moins prononcée et donnant tout à fait l'impression de *glandes de Lieberkülm.*

» Disséminés sur une surface restreinte, on trouve encore de petits tubes tapissés par un *épithélium cylindrique à cils vibratiles* très nets, comme les cellules des grandes voies aériennes.

» Disséminés dans le tissu muqueux et le plus souvent au voisinage des formations glandulaires précédentes, existent de petits amas de cellules rondes à gros noyau, ressemblant à de petits amas lymphoïdes.

Dans ce 2me fragment, à côté des formations glandulaires, on note des vaisseaux d'un très grand volume, entourés d'une épaisse couche de fibres musculaires lisses. Dans les environs, on note, sans relation avec le vaisseau, de larges bandes de fibres musculaires lisses et, à côté, de petites cavités dans le tissu muqueux renfermant des fragments plus ou moins longs de *fibres musculaires striées,* dont quelques-unes présentent une dichotomisation identique aux cellules *musculaires du cœur.*

» 3me *Fragment.* — Ce 3me fragment est composé par un tissu de structure très remarquable qui ne peut être comparé qu'à celui de la *rate.* Il est formé par de très larges espaces ayant la structure du *tissu lymphoïde* avec sa trame adénoïdienne à départ vasculaire, de cellules lymphoïdes tassées dans cette trame, en même temps que de nombreuses cellules un peu plus volumineuses en Karyokinèse.

Digitized by Google

De ces amas volumineux se détachent des travées de tissu lymphoïde plus ou moins minces et qui limitent des espaces remplis de sang. Ces espaces ovalaires ou arrondis sont bordés par des cellules endothéliales très nettes. Les vaisseaux qui existent dans les volumineux amas lymphoïdes sont, comme dans la rate, entourés d'une gaîne conjonctive prononcée. C'est un cas *d'inclusion fœtale*».

L'observation précédente ne prête pas à des considérations cliniques, puisque d'une part la tumeur n'a gêné en rien l'accouchement et que d'autre part il n'y a pas eu lieu de discuter l'opportunité d'une intervention. Nous ferons cependant remarquer l'absence d'hydramnios (l'hydramnios coïncide assez fréquemment avec les tumeurs sacro-coccygiennes), et le sexe de l'enfant qui était porteur de la tumeur. C'était un garçon, et, d'après Calbet, les filles y sont bien plus sujettes, puisque sur 93 cas il a noté 73 filles et 20 garçons seulement.

Reconnue seulement après la naissance de l'enfant, la tumeur, comme Calbet l'a montré pour l'immense majorité des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne, ne devait pas être prise pour une hernie de l'intestin, pour un appendice caudal (ce dernier se continue avec la pointe du coccyx, a une forme allongée, une consistance molle. avec noyaux durs osseux ou cartilagineux), pour un kyste dermoïde simple (ordinairement celui-ci est de petit volume, de consistance molle, fluctuante; de plus, il se développerait tardivement et lentement), enfin pour un spina-bifida sacré.

A l'examen des tumeurs congénitales sacro-coccygiennes, on a rencontré la plupart des tissus qui entrent dans la composition de l'organisme humain, ainsi que des vestiges de presque tous les organes, à l'exception du cœur. Entre les tumeurs sacro-coccygiennes les plus complexes et les plus simples, tous les types intermédiaires ont été observés.

Si on se reporte à l'examen microscopique relaté plus haut, on voit que dans notre cas des tissus divers, des

Digitized by Google

vestiges d'organes ont été notés; nous mentionnerons la présence de fibres musculaires striées, dont quelques-unes offraient une dichotomisation identique aux cellules musculaires du cœur.

La composition de ces sortes de tumeurs semble devoir les ranger dans les cas d'inclusion fœtale.

On sait que plusieurs théories ont été émises pour expliquer le mode de production des tumeurs congénitales sacro-coccygiennes.

Pour Cornil et Ranvier, ce sont des tumeurs embryonnaires, et leur structure complexe s'explique par la propriété du tissu embryonnaire, à cette époque de la vie, de donner naissance à tous les tissus.

Kiener adopte l'explication suivante : Pendant la vie intra-utérine, au niveau de la région qui plus tard répondra à l'espace sacro-coccygien, les 3 feuillets germinatifs sont comme confondus ; ils ne se séparent que tardivement. Que leur évolution soit troublée, il pourra en résulter une tumeur qui sera composée d'éléments divers.

Mais la théorie qui réunit le plus de partisans est celle de l'inclusion fœtale.

Geoffroy Saint-Hilaire regarde les tumeurs sacro-coccygiennes comme des monstruosités parasitaires.

Virchow, qui leur donne le nom de tératomes, leur attribue une origine commune. Pour lui, elles sont formées par les restes d'un embryon parasitaire. C'est également l'opinion de Ahlfeld.

Comme le fait remarquer Calbet, tous les auteurs qui se sont occupés de tératologie ont admis la théorie de l'inclusion fœtale. Nous venons de citer Geoffroy Saint-Hilaire, et nous terminerons par l'explication donnée par Dareste : Dans les cas de grossesse univitelline, lorsque pendant leur développement les deux embryons sont tellement rapprochés qu'ils arrivent au contact et que leurs tissus ne sont

Digitized by Google

encore constitués que par des cellules homogènes possédant la propriété de s'unir, il y a soudure, fusion des deux embryons ; de plus, si l'un de ces embryons est frappé d'un arrêt de développement, s'il s'atrophie, il restera soudé à l'autre, mais à l'état de parasite, et il pourra dans certains cas être inclus dans le second embryon. Ainsi s'expliqueraient les tumeurs congénitales d'origine parasitaire de la région sacro-coccygienne.

LA CRISE DE L'AGRÉGATION

Par le Dr **Léon IMBERT**

(Suite et fin)

Le projet formulé par le Congrès des agrégés a rappelé l'attention sur une conception, déjà ancienne du reste, celle de la division du corps d'agrégés en deux catégories : 1° ceux des sciences dites accessoires ; 2° les autres ; il serait beaucoup plus exact de dire : 1° ceux qui font de la clientèle, 2° ceux qui n'en font pas ; mais, en réalité, on a toujours considéré que ces deux classifications étaient exactement semblables et, dans la pratique, on s'est ordinairement rallié à la première. Cette conception est secondaire, mais elle a été mise au premier plan par le fait que l'on prolonge les agrégés de la première catégorie et que l'on repousse les autres. Le Congrès des agrégés lui-même a cru devoir sanctionner cette distinction. Je crois qu'il faut la repousser à tous les points de vue, parce qu'elle serait funeste.

Il y a d'abord un argument de principe : tous les agrégés sortent du même concours ; ils doivent tous avoir une situation équivalente — j'en fais bon marché, les principes devant céder le pas aux exigences des faits.

La catégorisation que je viens d'indiquer aboutit à cette conséquence pour le moins imprévue que, dans une Faculté de médecine, école professionnelle dont le but principal est de former des médecins, ceux qui enseignent la pratique médicale, sans lesquels il ne saurait y avoir de Facultés, seraient pourvus d'une situation des plus précaires, tandis que leurs collègues seraient favorisés. Cette contradiction est inadmissible. Tous les agrégés doivent

Digitized by Google

avoir, de par leur agrégation, les mêmes avantages: que l'on cherche à compenser, pour ceux qui ne font pas de clientèle, les ressources qui leur manquent par des places de chefs de laboratoire, chefs de travaux, etc., rien de mieux ; mais en tant qu'agrégés, on ne peut comprendre que celui qui enseigne la pratique médicale soit placé dans une situation inférieure par rapport à celui qui enseigne la physique ou la chimie.

On oublie toujours que les fonctionnaires sont faits pour les fonctions : avec l'agrégation actuelle, ce n'est pas même la proposition inverse qui se réalise ; le résultat est plus curieux encore : les fonctions paraissent faites pour les candidats; il faut leur réserver des places. En admettant même cet étrange principe administratif, la seule solution acceptable est de renvoyer les agrégés qui ont été moins bons et de garder au contraire les meilleurs. Agir autrement, ainsi qu'on le fait depuis plusieurs années, ce n'est pas susciter l'amour du travail, c'est provoquer le découragement.

Le grand argument contre une certaine catégorie d'agrégés, c'est qu'ils font la clientèle et qu'ils peuvent, de ce fait, se créer des ressources accessoires : un agrégé, dit-on, devient toujours médecin ou chirurgien des hôpitaux ; dès lors, il conserve dans le corps médical de la ville une situation professionnelle prépondérante. Est-ce bien vrai et croit-on qu'un agrégé devienne forcément médecin ou chirurgien des hôpitaux, dans des villes comme Montpellier et Nancy, où ces postes n'existent pas ? N'en est-il pas un peu de même à Lille et à Toulouse, où les concours sont rares ? En définitive, il n'y a, je crois, vraiment, de chirurgiens des hôpitaux qu'à Paris, Lyon et Bordeaux, c'est-à-dire dans 3 facultés sur 7 [1].

Que devient la situation professionnelle d'un agrégé sorti d'exercice et non médecin des hôpitaux? elle est médiocre assurément, cela n'est pas contestable, et cela est confirmé par des exemples qu'il serait facile de citer.

Je viens de dire que, par l'organisation actuelle, les agrégés dits à clientèle en sont souvent réduits, au début du moins, à leurs maigres appointements ; il est de règle, au contraire, que ceux des sciences accessoires jouissent d'avantages très appréciables comme chefs de travaux, chefs de laboratoires, etc. ; ces ressources remplacent, avantageusement quelquefois, agréablement dans tous les cas, celles que peut procurer la clientèle.

Ce n'est pas tout : la division des agrégés, telle qu'on la conçoit

[1] Encore faut-il ajouter qu'à Paris, par exemple, un chirurgien nommé au concours n'est pourvu d'un service définitif, c'est-à-dire de moyens de travail, que quinze ans environ après sa nomination ; à Bordeaux, d'après des renseignements que je n'ai pu contrôler, certains médecins des hôpitaux sont mis à la retraite avant d'être entrés en exercice !

Digitized by Google

d'ordinaire, est impossible ; ceux qui appartiennent aux sciences accessoires peuvent parfaitement exercer la profession médicale. Nous n'en sommes plus à l'époque où pour être agrégé de physique, la première condition était d'être aussi peu médecin que possible. On ne semble pas s'en être aperçu, mais le fait est incontestable ; on ne voit plus guère arriver à l'agrégation ces élèves frais émoulus des Facultés des sciences, ayant péniblement passé à la Faculté de médecine des examens que leur facilitait l'extrême indulgence des examinateurs et professant pour la médecine, science appliquée, le dédain profond que légitime en France l'étude de la science pure. Chimistes, physiciens, naturalistes, sont si bien devenus ce qu'ils devaient être, c'est-à-dire les vrais collaborateurs des médecins, qu'ils éprouvent maintenant le besoin de connaître la médecine autrement que par ouï dire. Ils font d'excellentes études médicales. Pourquoi, dans ces conditions, n'exerceraient-ils pas la médecine ? Leur situation administrative est, il est vrai, un peu meilleure que celle de leurs collègues ; ils ont des chances d'être prolongés, mais nul ne saurait le leur promettre. Quoi de plus naturel, dès lors, qu'ils cherchent à se garantir contre les capricieux aléas de l'agrégation ! En fait, ils en arrivent à exercer la médecine, qui d'une façon générale, qui comme spécialiste, et ils y réussissent comme leurs collègues. Comment, dès lors, classera-t-on tel agrégé à la fois accessoire et à clientèle ? Et comment se comportera-t-on vis-à-vis d'un agrégé de médecine auquel sa fortune personnelle permettra de se consacrer uniquement au laboratoire ? Notez que je ne parle pas des ressources qu'un physicien peut se créer légitimement par la radiographie ou l'électrothérapie, ni de celles qu'un chimiste exerçant dans une région industrielle comme Nancy pourra trouver à côté de la Faculté de médecine.

On le voit, la division que je viens de combattre n'est pas applicable dans la pratique ; j'ajoute que, le serait-elle, elle deviendrait dangereuse. La clientèle, dit-on, empêche de travailler. En est-on bien sûr ? Comme le faisait spirituellement remarquer Widal au dernier Congrès des agrégés, il faut cependant se rendre compte que la médecine est une science qui a été surtout étudiée par les médecins : moins que personne, je serais disposé à méconnaître les énormes services rendus par les sciences dites accessoires. Mais que serait la science médicale sans les Bouchard, sans les Charcot, sans les Guyon, etc., etc., gens à clientèle ? Il est curieux de voir s'établir toujours cette distinction fondamentale, mais non exprimée, entre la clientèle et l'hôpital ; l'hôpital seul pouvant fournir des moyens de travail. L'erreur est profonde, et je ne m'attarderais pas à la réfuter si je ne m'adressais qu'à des cliniciens. L'hôpital est précieux par la discipline à laquelle sont soumis les malades, par les laboratoires que l'on y trouve ; mais c'est seulement dans la

Digitized by Google

clientèle que l'on peut observer longuement une maladie chronique, que l'on peut savoir les résultats éloignés d'une opération, etc., etc. Je suis bien convaincu que, dans l'expérience clinique de nos grands maîtres, la clientèle tient autant de place que l'hôpital.

La vérité est que la clientèle constitue pour le médecin un excellent moyen de travail ; j'ajoute que, pour l'agrégé qui est dépourvu de laboratoire et de service d'hôpital, s'il travaille, et on conviendra qu'il y a quelque mérite, c'est à sa clientèle petite ou grande qu'il le devra.

Je ne formulerai pas un nouveau projet, comme conclusion à cette étude. Je pense seulement qu'il est quelques grands principes sans lesquels aucune réforme de l'agrégation n'est viable, n'est digne de l'enseignement supérieur. Il faut aborder la question de front, franchement. Assez longtemps on a cherché des solutions mitigées, propres à donner satisfaction à tout le monde, sans y réussir du reste. Je crois qu'une réforme de l'agrégation ne sera vraiment utile que si elle s'inspire des principes suivants :

1° Augmentation nécessaire et modérée des dépenses affectées à ce chapitre du budget ;

2° Diminution du nombre des places mises au concours ;

3° Abandon de la division des agrégés en catégories.

FRACTURES DE LA TRACHÉE

ÉTUDE CLINIQUE ET MÉDICO-LÉGALE

Revue générale, par le Dr **A. GAUSSEL**
Ancien interne des Hôpitaux de Montpellier.

(*Suite et fin.* — Voir nos 22 et 23, pag. 553 et 580).

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES

On peut observer les fractures de la trachée dans la strangulation et exceptionnellement dans la pendaison.

Il existe un seul cas de fracture de la trachée par pendaison. Le premier cas de fracture de la trachée signalé dans la littérature médicale relevait de cette étiologie. (Weiss, obs. 39). Non seulement la clinique n'en signale aucun autre,

Digitized by Google

mais l'expérimentation elle-même n'a pas permis sur le cadavre de reproduire cette lésion. Il faut tenir compte de ce fait que le lien du pendu ne porte généralement pas au-dessous du larynx (3 fois seulement sur 202 cas, *in* thèse de Gimazane) et n'atteint pas la trachée. Aussi, en présence d'un pendu porteur d'une fracture de la trachée « le médecin expert devra rechercher avec soin si le sujet n'a pas été antérieurement soumis à d'autres manœuvres criminelles qui écartent l'idée de suicide » (Gimazane).

La strangulation est une cause plus fréquente de fracture de la trachée, nous la retrouvons dans l'étiologie de plusieurs de nos observations : elle peut être produite à l'aide d'un lien ou avec les mains.

La strangulation par un lien détermine rarement les lésions de la trachée, cet organe fuyant facilement grâce à sa mobilité et la contraction instinctive des sterno-cléido-mastoïdiens dans un but de défense lui faisant en quelque sorte un abri. Les cas d'homicide par constriction du cou avec un lien ne sont pas rares ; c'est un procédé très employé par les rodeurs de nuit, qui étourdissent leur victime en lui jetant autour du cou un bandeau qu'ils serrent fortement. Nous avons trouvé un seul cas de fracture de la trachée relevant de cette étiologie (Noll). Le supplice du garrot, longtemps usité en Espagne comme mode officiel d'exécution judiciaire, s'accompagnait très rarement de fracture de la trachée, bien que le cou du patient fût fortement serré contre un poteau, par un cercle d'acier. On a pu mesurer ainsi qu'il faut développer une force de 15 kilogr. en moyenne pour obturer complètement la trachée.

La strangulation manuelle agit mieux ; les doigts saisissent les anneaux latéralement et tendent par leur pression à diminuer leur courbure, les efforts que fait instinctivement la victime ajoutent encore leur action pour déterminer la fracture de la trachée. Le trait de fracture est ordinairement

Digitized by Google

vertical, quelquefois oblique et porte sur un ou plusieurs anneaux : les extrémités des anneaux sectionnées peuvent s'incurver en dedans. Il est habituel de constater en même temps des lésions des cartilages du larynx.

Ces fractures par strangulation manuelle aident peu à la reconnaissance du crime, leur importance médico-légale est peu considérable, les lésions du cou coexistantes (ecchymoses, plaies contuses, etc) suffisent en général pour le diagnostic. En ce qui concerne la recherche du criminel, elles sont d'un faible secours. Dans une affaire célèbre (affaire Cauvin) rapportée dans la thèse de Gimazane, il s'agissait de déterminer si une enfant de quinze ans avait pu produire par strangulation manuelle une fracture de la trachée chez une vieille femme de 82 ans ; M. Gilles de la Tourette, nommé rapporteur, après une série d'expériences dynamométriques, conclut nettement à l'affirmative.

En présence d'une fracture de la trachée due à la strangulation manuelle, il ne faudrait donc pas admettre sans autre examen que le coupable est un adulte vigoureux. Le rapport de M. Gilles de la Tourette établit qu'une main large n'est pas nécessaire pour fracturer une trachée, qu'il faut tenir compte de l'ossification possible des anneaux cartilagineux, surtout chez les personnes âgées, condition de vulnérabilité plus grande. L'étude des altérations anatomiques de la trachée chez la victime devra être soigneusement faite pour avoir une idée de la force qu'a dû déployer le meurtrier.

Digitized by Google

Fractures d

1° — *Fractures isolée*

Nos	OBSERVATEUR	SEXE, AGE	CAUSE
1	Atlee (Amer. Jour. of the med. sc., n° 5, XXXV, 1858).	H., 4 ans.	Chute en avant, le cou portant sur un décrottoir en fer.
2	Alcock (A case of rupture of the trachea necropsy (Lancet, 1897, II, pag. 793).	H., 34 ans.	Coup violent sur la trachée, le cou étant en extension.
3	Beek (Holmes systeme of surgery, vol. II, pag. 286, note).	Jeune garçon.	Le sujet heurte violemment le cou contre un poteau.
4	Bennet (British med. Jour., 1888, I).	H.	Pression entre un mur et une grue employée à monter du charbon.
5	Bredschneider Wochenschr. f. die ges. Heilk. Berlin, 1842, pag. 461.	21 mois.	Mouvements brusques de la tête de côté et d'autre (?). Efforts de toux.
6	Berger (Mediz. Zeit. des Vereins für Heilk. in Preussen, 1856, pag. 160).	H. adulte.	Coup de pied de cheval sous le maxillaire inférieur.
7	Corley (British. med. Jour., 1877, vol. I, pag. 715).	F., 36 ans.	Pression du cou dans une tentative de strangulation.
8	Desverine-Galdos (Acad. méd. La Havane, mai 1888).	H., 15 ans.	Chute sur le cou.
9	Duncan (British. med. Jour., 1884, II, pag. 961).	H., 22 ans.	Violent coup de coude sur le cou.
10	Drummond (British. med. Jour., 1872, pag. 714).	F. adulte	Chute sur le cou contre le dossier d'une chaise.
11	Flemming (Canad. med. and surg. Jour., avril 1887).	»	Contusion du cou par une poutre lancée avec force.
12	Garrand (Lancet, 1887, II, p. 1171).	F., 8 ans.	Chute sur l'arête d'une tablette en ardoise portée attachée au cou.
13	Godlee (Transac. of the pathol. Society of London, vol. XXVI, 1875).	H., 7 ans.	Ecrasement par une roue de voiture.

Digitized by Google

Trachée

le la trachée.

LÉSIONS	SYMPTOMES	SUITES
Pas d'autopsie (fracture de la trachée).	Dyspnée très vive. Emphysème généralisé à la suite d'une extension brusque du cou.	Mort très rapide.
Rupture complète de la trachée entre le 9e et le 10e anneau Le bout inf. à 1 pouce 1/2 du sternum.	Dyspnée, troubles de la phonation. Emphysème.	Mort à la suite d'une hémorrhagie le 11e jour.
Fracture transversale complète de la trachée.	Grandes souffrances.	Mort en quelques jours.
Rupture trans. complète de la trachée, les 2 bouts distants d'un pouce. Fracture de côtes et du sternum.	Crachements de sang.	Mort.
Fissure au-dessous du 1er anneau de la trachée.	Emphysème généralisé.	Mort deux jours après.
Section du larynx intéressant les 2/3 de la circ. au-dessous du cricoïde. Fract de plusieurs anneaux oblique.	Dyspnée par hémorrhagie dans la trachée. Emphysème rapide généralisé.	Mort deux heures après l'accident.
Fracture oblique des 2e et 3e anneaux de la trachée. Abcès autour du cricoïde nécrosé.	Quelques semaines après l'accident dyspuée, cyanose, emphysème du cou, du thorax.	Trachéotomie. Mort.
Fracture des quatre premiers anneaux de la trachée.	Aphonie, crachements de sang. Un mois après dyspnée.	Trachéotomie. Guérison avec sténose de la glotte. Mort tuberculeux.
Déchirure de la trachée à 1 pouce au-dessous du cricoïde — oblique.	Emphysème, dyspnée. Douleur au niveau da la trachée. Aphonie. Crachement de sang.	Guérison après 14 jours, la voix resta enrouée.
Contusions superficielles, fracture de la trachée.	Emphysème et dyspnée.	Guérison après 10 jours.
Fracture oblique des 4e, 5e, 6e anneaux de la trachée, les 2 bouts distants de 1 cent. 1/2.	Dyspnée par hémorrhagie de la trachée, hémorrh. abondantes et répétées.	Guérison après 6 semaines.
Fracture de la trachée au-dessous du cartilage cricoïde	Emphysème rapide généralisé.	Mort rapide.
Fracture des 3e, 4e, 5e côtes à droite. Déchirure étendue de la trachée au-dessus de la bifurcation.	L'observation a trait à un rapport d'autopsie.	

Digitized by Google

Nos	OBSERVATEUR	SEXE AGE	CAUSE
14	Gimazane (Th. Lyon, 1899-1900, no 30, pag. 60).	F., 88 ans.	Homicide par strangulation manuelle.
15	Lancet, 1898, II, 945.	H , 73 ans.	Chute à la suite d'un coup violent sur la nuque.
16	Lonsdale (Treatise of fractures, pag. 239, 1832).	H., 15 ans.	Forte compression entre un poteau et une roue de voiture.
17	Long (Medic. Times and Gazette, 1859, II, pag. 383).	H., 29 ans.	Compression entre deux tampons de wagons.
18	Lefferts (N. York med. 3 ans record, 22 nov. 1882).	3 ans.	Toux violente et dyspnée par corps étranger.
19	Lavenstein (Berl. klin. Woch., 1870, pag. 503).	H., 23 ans.	Coup de pied de cheval sur le devant du cou.
20	Norton (Boston med. and surg. Journal, 1887).	»	»
21	Neuber (Deut. milit. Zeitschrift, I, pag. 60, 1872).	H.	»
22	Sheild (Schmidts Jahrbücher, 1891).	H., 47 ans.	Compression entre un mur et un timon de voiture.
23	Sonderland (Neue Jahrbücher der deut. med. und chir. Bd, 12, 1826).	Enfant.	Mouvement brusque de la tête en arrière pour éviter un cheval venant en sens inverse. Chute sur le dos.
24	Wagner (Deut. med. Woch , 1880, pag. 482).	H., 19 ans.	Fut traîné sur un certain parcours par un wagon en marche, de façon que sa tête était en extension forcée sur le tronc.
25	Observation personnelle (Soc. des Sciences méd. de Montpellier, in Montpellier méd., 15 févr. 1903).	H., 62 ans.	Chute sur la nuque de 2 mètres de hauteur.

Digitized by Google

LÉSIONS	SYMPTOMES	SUITES
Fracture de deux anneaux de la trachée.	Cette femme fut trouvée morte.	
Rupture transversale et complète de la trachée.	»	Mort 40 jours après.
Déchirure complète de la trachée au niveau de la bifurcation. Pas de fracture osseuse.	Emphysème généralisé, dyspnée intense.	Mort le 4e jour.
Section transversale complète de la trachée. Le bout inf. rejeté par côté à 2 cent. du bout sup.	Emphysème, aphonie dyspnée.	Trachéotomie le 5e jour. Guérison par la constitution d'un conduit fibreux à la place de la trachée rupturée. Voix rauque.
Déchirure de la trachée à l'union du 1/3 moyen et du 1/3 sup. portant sur la membrane interannulaire.	Le deuxième jour, emphysème généralisé.	Mort par bronchopneumonie.
Fracture de la trachée à 1/2 pouce au-dessus de la poignée du sternum.	Dyspnée, emphysème, douleur vive, cyanose.	Guérison après un mois et demi. Il reste de la raucité de la voix et de la dyspnée facile.
Fracture de la trachée au niveau du 1er ou du 2e anneau — oblique.	Emphysème considérable.	Guérison.
Fracture de la trachée au-dessus de la poignée du sternum.		Guérison.
Fracture de côtes et du sternum. Rupture de la trachée complète au niveau de la bronche gauche.	»	Mort.
Fracture de la trachée.	Emphysème généralisé augmentant si la tête était en extension.	Guérison après le 10e jour.
Fracture de la trachée de cause indirecte.	Douleur vive au cou. Tumeur gazeuse. Dyspnée et emphysème. Suppuration de la poche gazeuse en avant du cou.	Guérison après 4 semaines.
Fracture de la trachée. au 1er anneau, par cause indirecte.	Emphysème généralisé, douleur sur le côté gauche de la trachée.	Guérison après 8 jours.

Digitized by Google

Nos	OBSERVATEUR	SEXE, AGE	CAUSE
26	O. Brien (Edinburgh med. and surg. Jour., vol. XVIII, 1822, pag. 412).	F.	Coup violent sur le devant du cou.
27	Brigel (Beiträge zur klin., chir., 1895, vol. XIV, pag. 517).	H., 26 ans.	Les deux roues d'une voiture passent obliquement sur le thorax et le cou.
28	Clarac (Gaz. des Hôp., 1890, n° 110).	H.	Le sujet heurte violemment avec le cou une plaque en tole sur un chariot.
29	Gabriel (Rust's Magazin für die gesammte Heilk. Bd. 16, 1829, pag. 380).	H., 14 ans.	Contusion violente du cou par la pointe d'un bateau venant en sens inverse.
30	Gimazane (Th. de Lyon, 1899-1900, n° 30, pag. 57, obs. XXXV).	F., 65 ans	Asphyxie par strangulation et suffocation avec les mains.
31	Kenderdine (Hunt. amer. Jour. of the med. Sc., 1886, vol. LII).	H., 16 ans.	Coup de pied de cheval.
32	Noll (Deut. Zeit. für chir., 1888, Bd. 27, pag. 597).	F.	Forte compression du cou au moyen d'une cravate.
33	Seydel (Deut Zeit. für prakt. Medizin, 20. 1877).	H.	Coup de botte sur le cou.
34	Scharf (Blasius klin. Zeit. für Chir. und Augenheilk. Bd. 1, pag 255, 1836).	H., 18 ans.	Suicide en enflammant dans la bouche un quart de livre de poudre.
35	Siméon (Henkes. Zeitschrift für die Staatsarzneikunde Bd. 55, p. 72, 1848).	F., 65 ans.	Coup de cuiller sur le devant du cou.

Digitized by Google

et de la trachée.

LÉSIONS	SYMPTOMES	SUITES
Fract. des cart. thyroïde et cricoïde. Fract. oblique du 1er anneau de la trachée avec bords de la section retournés en dedans. Emphysème sous-muqueux du conduit laryngo-trachéal et du médiastin, pneumo-thorax à droite.	Dyspnée, emphysème, douleur.	Mort rapide en quelques heures.
Emphysème à triple siège (peau-plèvre-médiastin), fracture de plusieurs côtes, double fract. du cart. cricoïde, longue fract. longitud. de la trachée. Séparation transversale presque complète de la bronche droite.	Emphysème et dyspnée intense. Cyanose.	Trachéotomie d'urgence. Mort 10 heures après l'accident.
Fracture double du cricoïde. La trachée est presque complètement séparée du larynx.	Dyspnée intense, douleur vive, aphonie. Emphysème. Crachements de sang.	Trachéotomie trois jours après pour une crise de dyspnée brusque. Mort.
Fracture du cart. thyroïde et du cart. cricoïde. La trachée est presque complètement séparée du larynx.	Dyspnée et emphysème rapides et progressifs.	Mort 8 h. après l'accident.
Fractures multiples du larynx et de la trachée	»	Mort.
Fracture du cart. thyroïde et rupture de la trachée.	»	Mort.
La trachée est séparée du larynx. Fract. du cart. thyroïde et du cart. cricoïde.	Douleur vive, dyspnée, emphysème.	Trachéotomie. Guérison. Sténose du larynx nécessitant ultérieurement une intervention et la dilatation avec les sondes de Schöitter.
Fracture du cart. cricoïde, de la partie inf. du thyroïde, des trois premiers anneaux de la trachée.	»	Mort.
Fracture du corps de l'os hyoïde, du cart. thyroïde, fissures de la muqueuse du larynx, longue déchirure de la paroi post. de la trachée.	Dyspnée intense, dysphagie, mobilité excessive du larynx, emphysème rapide.	Mort après 15 heures.
Rupture de la veine jugulaire ext. droite, épanchement sanguin. Fracture du cart. cricoïde et des 6 premiers anneaux de la trachée, dont les bouts repliés en dedans obturaient la lumière de la trachée.	Dyspnée intense.	Mort après trois heures.

Digitized by Google

Nos	OBSERVATEUR	SEXE, AGE	CAUSE
36	Tourdes (Diction. encyclop. des sc. méd., art. strangulation).	H., 25 ans.	Constriction de la gorge dans une rixe.
37	Treulich (Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde. Bd. 40).	H., 33 ans.	Le sujet saisi au cou par un cheval est soulevé et secoué.
38	Wagner (Centr. f. chir., 1883, pag. 362).	H , 26 ans.	Strangulation dans une rixe.
39	Weiss (Commercium literarium. Norimbergense. Annus 1745. Hebdomas 24, p. 188, nº 87).	Soldat.	Pendaison.
40	Zilgien (Revue Méd. de l'Est, 1891, tome XXIII)	H., 19 ans.	Chute en avant, le cou portant sur la planche d'une brouette.

Digitized by Google

LÉSIONS	SYMPTOMES	SUITES
Fracture du cart. cricoïde, fract. verticale du 1er anneau, fissure incomplète sur le 2e anneau.	Après avoir fait un kilomètre à pied, dyspnée intense, aphonie.	Mort dans une crise de dyspnée.
Déchirure du lig. cricothyroïdien. fract. du cart. thyroïde, 2 fissures du cricoïde. La trachée détachée du larynx en est à 1 pouce de distance.	Aphonie dyspnée, Emphysème.	Trachéotomie le même jour. Guérison après 1 mois 1/2. Voix rauque.
Fracture oblique du cart. cricoïde. disjonction médiane des 2 lames du cart. thyroïde, la trachée est séparée du larynx à gauche.	Dyspnée intense, crachement de sang, raucité de la voix, emphysème.	Trachéotomie. Mort le 5e jour.
Fracture multiple du cart. thyroïde. Rupture transversale complète de la trachée.	»	Mort.
Fracture de la lame droite du cart. thyroïde. Fract. du cart. cricoïde suivant 3 traits vertic. Fract. vertic. du 1er anneau de la trachée. Œdème du larynx.	Crachement de sang assez abondant, dyspnée et douleur.	Mort le soir du même jour.

Digitized by Google

LE MOIS CHIRURGICAL

(Mai 1903).

L'*appendicite*, si tournée et retournée que rien d'elle ne semblait être demeuré mystérieux, réserve de ci de là quelques surprises cliniques: il s'agit maintenant de la *thrombose des veines fémorales* et de la mort par *embolie pulmonaire*. A la **Société de chirugie**, M. Jalaguier apporte trois cas d'embolie pulmonaire; deux au cours d'appendicite à chaud, le troisième après une opération à froid de suites immédiates très bénignes. Aussitôt MM. Guinard, Tuffier, Routier, Rochard, Reynier rapportent des faits analogues, pas tous mortels; la phlébite fémorale est plus fréquente; MM. Quenu, Broca, Hartmann, Schwartz lui attribuent, d'après les cas qu'ils ont observés, une plus grande fréquence à gauche; elle survient soit avant, soit après l'opération. Il ne semble pas (M. Guérin) qu'il y ait une relation entre la gravité d'une infection ou d'une opération et la formation d'embolies pulmonaires; mais certains organismes forment des caillots qui se désagrègent facilement sous les influences les plus minimes.

L'intervention chirurgicale dans la grangrène pulmonaire fait l'objet d'une longue discussion, non encore terminée, à la suite de de plusieurs observations de M. Lejars. Tour à tour, MM. Tuffier et Bazy étudient les indications, le manuel opératoire, les succès à espérer, et voici les données essentielles qui résultent de leur étude: *a*) Toutes les grangrènes pulmonaires ne sont pas justiciables de l'opération; il faut, du côté malade, des foyers nettement limités et diagnostiqués plus par l'auscultation et la percussion que par la radioscopie, très infidèle; il faut, du côté opposé, un poumon suffisamment sain. *b)* Il est nécessaire de faire des thoracotomies très larges; on voit mieux et, plus tard, la dépression thoracique consécutive combler en partie le vide produit par la rétraction musculaire. *c*) Les bénéfices de l'intervention restent problématiques; les récidives même à longue échéance sont nombreuses; seules les gangrènes superficielles métapneumoniques communiquant ordinairement avec un foyer pleurétique sont curables assez facilement;

Digitized by Google

par contre, les gangrènes consécutives à des ectasies bronchiques multiples, ou à des corps étrangers, sont très difficiles à guérir, et dans les gangrènes parenchymateuses diffuses, l'intervention, plus qu'inutile, est très dangereuse (TUFFIER.) — En somme, l'intervention chirurgicale n'a sa raison d'être que dans les cas où le drainage *naturel* est insuffisant ; sinon traitement médical.

La résection de l'œsophage thoracique provoque encore, après la communication déjà vieille d'un mois de M. Faure, une discussion assez chaude. M. TUFFIER compare les trois voies d'accès de l'œsophage dans sa traversée thoracique : la voie inférieure ou abdominale (Kelling), très laborieuse, dangereuse, doit être rejetée; la voie antérieure ou sternale n'a jamais été utilisée; la voie postérieure peut être médiastine ou transpleurale : médiastine, elle est très étroite, et malgré la résection de la première côte (Faure), elle ne permet guère d'explorer que le tiers supérieur de l'œsophage, surtout en vue d'une œsophagotomie et de l'extraction de corps étrangers; la voie transpleurale à large volet postérieur, comprenant 12 à 15 cent. des 7e, 8e, 9e, voire 10e côtes, expose sans doute, par l'ouverture de la plèvre, au pneumothorax et surtout à l'infection pleurale, mais elle donne du jour, beaucoup de jour, et M. Tuffier lui accorde la préférence. Quant aux résultats, ne viendront-ils pas confirmer la défaite qu'inflige le cancer aux chirurgiens les plus hardis acharnés à sa poursuite ? — M. DEMOULIN conserve plus d'espoir et de confiance; il propose de suturer la première côte après section temporaire. — M. FAURE n'incrimine pas la septicémie suraiguë comme cause de la mort de ses malades, mais il accuse plutôt le drain laissé à demeure dans le médiastin et qui a amené une asphyxie lente par une sorte de pneumothorax extra-pleural. Quant aux résultats, M. Faure est loin de s'arrêter aux hésitations de M. Tuffier; il estime qu'à l'égard d'un cancéreux, toutes les hardiesses sont légitimes, et que, lorsqu'on peut espérer le guérir, on n'a pas le droit de se borner à le soulager.

Il ne s'agit plus de pronostic opératoire quoad vitam, mais de considérations esthétiques, de pure coquetterie d'ailleurs légitime, avec l'*ablation esthétique des tumeurs bénignes du sein*. Préconisée par M. MORESTEIN, l'ablation des tumeurs bénignes du sein, faite à la faveur d'une incision masquée dans le creux axillaire, a donné de bons résultats à M. GUINARD ; mais en général les orateurs successifs critiquent la chirurgie aveugle qu'imposent les incisions

Digitized by Google

trop éloignées du siège de la lésion, et MM. DEMOULIN, rapporteur, GUINARD, QUÉNU, DELBET, WALTHER et MONOD donnent la préférence à l'incision semi-circulaire sous-mammaire, compatible avec des décolletages déjà fort audacieux et révélateurs. M. RECLUS, qui préconise l'abstention et l'expectation pour les tumeurs bénignes du sein, est combattu par MM. QUÉNU et DELBET : ces tumeurs sont susceptibles de dégénérescence maligne ; la clinique l'a mainte fois constaté.

Citons encore, comme raretés, une *blastomycose péritonéo-appendiculaire* (M. SCHWARTZ), un *sarcome de la lèvre supérieure* pesant 2 kilogrammes (M. SCHWARTZ) ; une *tumeur pararénale* (M. SOULIGOUX) ; une *tumeur développée aux dépens du corpuscule rétro-carotidien* (M. RECLUS) ; un *kyste dermoïde intra-testiculaire* (M. GUINARD).

D'une portée pratique plus immédiate sont les communications de M. FRÖLICH sur *deux cas de luxation congénitale double de la hanche traités avec succès par l'ostéotomie sous-trochantérienne* oblique ou transversale, et de M. TUFFIER sur une *fracture du col huméral traitée par l'immobilisation du bras dans l'abduction à angle droit*.

Dr J. A.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Tableau des Actes du 8 au 14 juin 1903.

Lundi, midi 1/2, concours adjuvat chimie, examinateurs : MM. Hamelin, Ville, Moitessier.

Mercredi, midi 1/2, 3e examen, 2e partie, oral, examinateurs : MM. Mairet, Rodet, Raymond ; candidats : MM. Thiery.— Midi 1/2, 4e examen, examinateurs : MM. Sarda, Bertin-Sans, Vires ; candidats : MM. Vernes, Aglot, Alvernhe. — Midi 1/2. 3e examen, 1re partie, examinateurs : MM. Truc, Estor. Vallois ; candidats : MM. Babeau, Calbérac, Baslez.— 10 heures, 5e examen, 1re partie, examinateurs : MM. Tédenat, Puech, de Rouville ; candidats : MM. Arnaud, Rouvière.

Vendredi, 8 h. 1/2, 2e examen, examinateurs : MM. Vialleton, Hédon, Moitessier ; candidats : MM. Rivet, Biscaye. — Midi 1/2, 3e examen, 2e partie, épreuve pratique, examinateurs : MM. Bosc, Rodet, Vedel ; candidats : MM. Colomb, Virenque, Bernadac. — 9 heures, 5e examen, 2e partie, examinateurs : MM. Grasset, Carrieu, Brousse ; candidats : MM. Godlewski, L. Raffalli.

Samedi, midi 1/2, thèse, examinateurs : MM Carrieu, Baumel, Vires, L. Imbert ; candidat : M. Utéza.

L'Éditeur-Gérant : P. DELORD-BOEHM.

Montpellier. — Imprimerie DELORD-BOEHM ET MARTIAL.

Digitized by Google

N° 25 21 JUIN 1903. TOME XVI

MONTPELLIER MÉDICAL

Journal Hebdomadaire paraissant tous les Dimanches

ÉTUDES PRATIQUES ET GÉNÉRALES

SUR

LA TUBERCULOSE[1]

DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE AU DÉBUT

Par le Dr **VIRES**, Professeur agrégé

Sommaire. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES. — 1°. — La tuberculose pulmonaire est curable à toutes ses périodes. — Preuves cliniques et anatomiques de cette guérison. — Processus curateur. — Les chances de curabilité sont d'autant plus grandes que la maladie est plus récente. — Importance capitale de la précocité du diagnostic.

2°. — Ce qu'il faut entendre par tuberculose au début. — Opinions de *Bayle* et des classiques. — Travaux de *Fournet* et de *Grancher*. — La clinique, l'anatomie pathologique, la biologie démontrent qu'il y a une période tout à fait initiale, de *germination*, de *phtisie occulte*. — C'est ce stade qu'il importe de diagnostiquer.

3°. — C'est à la médecine pratique, à la clinique, livrée à ses seules ressources, qu'il appartient, dans la généralité des cas, de porter ce diagnostic. — La constatation des bacilles dans les crachats est l'indice d'une tuberculose avancée.

1. En 1866, Fonssagrives (1) écrivait : « Il est des maladies autour desquelles tant les matériaux ont été entassés que

[1] Résumé de leçons faites à l'Hôpital général de Montpellier en février et mars 1901.

Digitized by Google

l'esprit ne les envisage plus qu'avec une sorte de satiété et de lassitude. La phtisie est de ce nombre. A ce sentiment vient, d'ailleurs, se joindre celui d'un découragement sceptique. On se demande ce que peut l'art, ce qu'il pourra jamais contre cette désespérante affection qui épuise les populations dans leur élément jeune et productif, et dont les ravages s'élèvent aux proportions d'une calamité sociale. »

Ceci reste vrai, à trente ans de distance. Les travaux de tout ordre s'accumulent et le nombre des décès par tuberculose s'élève à un chiffre tel que nulle peste du moyen âge ne s'est montrée plus meurtrière.

Deux faits pourtant, admis aujourd'hui sans conteste, permettent d'atténuer la rigueur de la pensée décevante de l'illustre hygiéniste.

On sait que la tuberculose est curable, et Grancher (2) ne cesse d'enseigner qu'elle est la plus curable de toutes les infections chroniques.

On sait, d'autre part, que cette curabilité est d'autant plus sûre que l'intervention thérapeutique est plus précoce.

Nous devons donc, nous praticiens, nous placer au point de vue des choses présentes ; nous devons donc nous efforcer de dépister les premières phases de l'invasion bactérienne.

Je consacrerai ces leçons au diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire chronique.

2. Or, pour établir ce diagnostic, il nous importe, me semble-t-il, d'élargir les données classiques.

Sans doute, l'auscultation reste un merveilleux instrument de précision diagnostique : grâce aux travaux de Fournet (3), et surtout de Grancher (2), elle nous révèle des anomalies respiratoires, dont la connaissance simplifie singulièrement le problème, en éclairant d'un jour nouveau leur valeur quasi spécifique, en nous montrant leur étroite corrélation avec

Digitized by Google

les premières réactions suscitées dans le parenchyme par la greffe bactérienne depuis peu de temps développée.

Mais l'auscultation diagnostique la lésion locale ; elle ne diagnostique pas le malade, et cela est autrement difficile et complexe.

Or, ce malade, unité vivante et synthétique, procède d'unités vivantes, et vit au milieu d'un monde qui, de toutes parts, retentit sur lui.

Le diagnostic ne saurait rester exclusivement pulmonaire et local, il remontera dans le passé du malade pour y chercher des probabilités.

J'établirai donc, et en premier lieu, les caractères des *opportunités tuberculeuses héréditaires*, soit que le malade soit issu de tuberculeux avérés, soit qu'il descende de générateurs toxi-infectés par des apports syphilitiques, alcooliques, diathésiques, ou autres.

Nous préciserons alors les parentés de ces prédispositions héréditaires, si obscures encore, avec la contagion que l'Ecole nouvelle semble considérer comme la cause unique de la tuberculose.

J'interrogerai ensuite les *opportunités tuberculeuses acquises*.

Nous verrons l'action favorisante des infections, des intoxications, des auto-intoxications, des lésions locales d'appareils, des viciations nutritives.

Opportunités tuberculeuses héréditaires et opportunités tuberculeuses acquises constituent *le diagnostic étiologique* : c'est la première partie de mon sujet.

3. Après les signes que l'on peut tirer de la considération des causes, je passerai en revue ceux que peut fournir le malade, réagissant, d'une part, contre le bacille tuberculeux colonisant au poumon, réagissant, d'autre part, contre les produits solubles du bacille disséminés dans l'organisme entier.

Sous le nom de *syndromes prætuberculeux*, *d'état morbides*

Digitized by Google

précurseurs, nous étudierons des manifestations qui paraissent communes à des maladies nombreuses, qui prennent même le masque de syndromes disparates, mais qui encore que connus, semblent ne plus avoir aucun rapport avec la tuberculisation pulmonaire. Ce sont les syndromes *chloro-anémique, gastro-intestinal, cardio-vasculaire*, les syndromes *nerveux et mental prætuberculeux*.

4. Restent, et c'est la seconde partie de mon étude, des extériorisations symptomatiques, localisées en des organes voisins du poumon, mais toujours reliées à celui-ci par de larges voies communicantes, qui, après des étapes rapprochées ou lointaines, fréquentes ou rares, vont permettre l'exode du bacille et son implantation en plein tissu pulmonaire.

Ce sont les *syndromes bacillaires à point de départ extra-pulmonaire, des tuberculoses primitives*, à quoi sont toujours secondaires les localisations pulmonaires. Ce sont les *bacilloses primitives des amygdales*, les *bacilloses primitives laryngées*, les *bacilloses primitives pleurales*, les *bacilloses primitives génito-urinaires*, les *bacilloses primitives ganglionnaires*.

C'est la troisième partie de ces leçons.

5. Je vous montrerai, dans une quatrième partie, en quelle mesure *la palpation, la percussion*, et surtout *l'auscultation du poumon*, nous renseignent sur cette première période de la tuberculose, reconnue impossible à diagnostiquer par Laënnec et Bayle (5). Et, dans dans ce même chapitre des symptômes locaux, fournis par l'appareil respiratoire, nous placerons l'étude de la *toux*, de la *dyspnée*, des *hémoptysies*, des *bronchites répétées*....

Tel est le plan de ces études pratiques.

6. Ceci dit, j'aborde l'exposé de mon sujet d'aujourd'hui. Je veux d'abord vous démontrer que la tuberculose

Digitized by Google

pulmonaire est curable, encore que soit répandue l'opinion contraire.

Il est utile de le dire, il est opportun de le proclamer plus énergiquement que jamais, en ce temps de croisade anti-tuberculeuse.

Du même coup, en effet, se dresse la nécessité d'une thérapeutique active, énergique, puissante. Or, celle-ci est d'autant plus efficace qu'elle se rapproche davantage du début de la maladie. L'importance du diagnostic augmente ainsi en raison directe du degré d'antériorité de l'époque à laquelle on remonte.

Que faut-il entendre par tuberculose au début? c'est ce que nous essaierons ensuite de déterminer.

La tuberculose pulmonaire est curable.

Je le prouverai par les enseignements de la clinique et par les constatations de l'anatomie pathologique.

A. — La médecine pratique consacrait comme un fait d'expérience la guérison de certains tuberculeux. Le jour où elle s'adjoignit l'anatomie pathologique, elle devint plus sceptique, parut douter, et n'envisagea la possibilité de la guérison qu'à la période des cavernes.

Laënnec (4), au début du XIX^{e} siècle, ne croit pas à la guérison, même lorsqu'on s'y prend à temps, et lorsque la maladie est encore au premier degré.

Nous verrons, il est vrai, que le 1er degré représentait pour lui l'accumulation de tubercules crus ou miliaires. Au nom de l'anatomie pathologique et de ses progrès récents, il écrit que l'affection tuberculeuse est, comme les affections cancéreuses, absolument incurable, parce que la nature ne fait que des efforts contraires à la guérison, et que l'art n'en peut faire que d'inutiles. Donc, l'idée de la possibilité de guérir la phtisie au premier degré n'est qu'une illusion: les tubercules crûs tendent à grossir et à se ramollir.

Digitized by Google

Cependant, s'il est impossible de guérir la phtisie au premier degré, un assez grand nombre de faits ont prouvé à Laënnec que, dans quelques cas, un malade peut guérir après avoir eu dans les poumons des tubercules qui se sont ramollis et ont formé une cavité ulcéreuse ; donc, la cicatrisation des excavations tuberculeuses se rencontre.

Andral (6), comme Laënnec, croit à la possibilité de la cicatrisation des excavations tuberculeuses.

Dans plusieurs cas, dit-il, l'auscultation a démontré que les excavations existaient ; d'abord pleines de liquides, elles font entendre du gargouillement ; plus tard, celui-ci disparaît, on n'entend plus que de la pectoriloquie et une respiration soufflante ; plus tard encore, ces deux phénomènes cessent d'être sensibles, et, après la mort, on trouve dans les poumons les diverses traces de cicatrisation de cavernes précédemment indiquées.

Voilà la preuve clinique.

L'anatomie pathologique la corrobore.

Voici, en effet, dit Andral, ce que l'observation a démontré à cet égard.

Lorsqu'une caverne tend à se cicatriser, ses parois se recouvrent d'une membrane cellulo-vasculaire, tandis qu'à l'intérieur, la sécrétion purulente est remplacée par l'exhalation d'une sérosité limpide. Plus tard, la cavité a disparu et l'on ne trouve plus qu'une simple ligne cellulo-fibreuse où se terminent brusquement de grosses bronches, ou bien une masse plus ou moins considérable de nature fibreuse, calcaire ou cartilagineuse, où aboutissent encore des bronches. Les choses se passent ordinairement ainsi au sommet du poumon, qui est affaissé, froncé, adhérent à la plèvre costale, et qui, en s'affaissant, a laissé entre lui et la plèvre un espace vide, qui se comble par un tissu cartilagineux de nouvelle formation.

Mais de ce qu'une excavation tuberculeuse se cicatrise,

Digitized by Google

il n'en résulte pas, nécessairement, la guérison de la pthisie; ce cas est, au contraire, le plus rare : il faudrait, pour que cela eût lieu, qu'il n'existât dans le poumon d'autre tubercule que celui qui occupait la place de l'excavation qui s'est cicatrisée.

Alors, il y a, à la vérité, suspension des symptômes, guérison momentanée; mais en raison de la malheureuse disposition qui a déjà une première fois produit des tubercules, le plus souvent, au bout d'un certain temps, il s'en forme de nouveau. Quant aux tubercules eux-mêmes, rien ne démontre encore qu'ils puissent être absorbés et disparaître, de telle sorte que, s'il y a une chance de guérison dans la pthisie, elle n'existe que lorsque la maladie est arrivée à son dernier degré, sous le rapport de la lésion organique qui la constitue.

Mais ces chances sont bien faibles et le pronostic est presque toujours funeste.

Voilà démontrée, dès le début du XIXe siècle, la possibilité de la guérison de la tuberculose pulmonaire à la troisième période.

Il est vrai que Fournet (3) combat les conclusions anatomiques et cliniques de Laënnec (4) et d'Andral (6).

Cliniquement, s'il est vrai que la pthisie pulmonaire, à sa troisième période, est susceptible de guérison, ces cas de guérison sont extrêmement rares et non pas extrêmement communs, comme le disait Laënnec.

Anatomiquement, la cicatrisation des cavernes reste un fait à démontrer et paraît avoir lieu plutôt pour la guérison de la troisième période de la phtisie pulmonaire, par voie de conversion des cavernes en fistules, que par voie de cicatrisation de ces cavernes. Cette cicatrisation n'entraîne pas la guérison.

Mais Fournet, le premier, prouve à l'évidence la curabilité de la phtisie à la première période.

Digitized by Google

Laënnec avait dit : « Les tubercules tendent toujours à grossir et à se ramollir; la nature ne fait que des efforts contraires à leur guérison. » Et l'illustre clinicien décrit cependant des cavernes de la façon suivante : « Elles contiennent fréquemment du phosphate calcaire terreux et humide. Plus souvent encore, le tissu pulmonaire est infiltré de la même substance, plus ou moins sèche et mêlée de matière noire, dans les points occupés précédemment par des tubercules. Quelquefois on trouve de petits tubercules peu nombreux, produits d'une éruption primitive, dont quelques-uns sont crus ou ramollis à divers degrés, et d'autres plus ou moins complètement détruits par l'absorption, et remplacés par du phosphate calcaire à l'état terreux ou ostéo-pétré, qui semble avoir été exhalé à mesure que la matière tuberculeuse était absorbée. »

Ce sont là, pour Fernet, des processus curateurs, et, pour lui, la guérison, à la première période, comme à toutes les périodes, peut avoir lieu de trois manières différentes; *a*) par voie de dessiccation, de transformation terreuse et d'absorption de la matière tuberculeuse, autour de laquelle une couche de tissu fibreux s'est développée; *b*) par voie d'absorption pure et simple; *c*) par voie d'excrétion.

Or, si ce sont des processus curateurs, si la phtisie peut guérir à la première période, il faut chercher à la reconnaître à une phase peu avancée de son premier degré. C'est parce qu'on a admis trop légèrement l'incurabilité absolue de la première période de la phtisie qu'on a fait naître le découragement et qu'il en résulte la négligence avec laquelle on laisse écouler la première période, fort souvent sans chercher à s'assurer de la réalité du mal, quelquefois sans faire aucun effort pour le combattre.

Ainsi Laënnec s'était exagéré deux choses : d'une part, la curabilité exclusive mais rare de la troisième période de la phtisie pulmonaire ; d'autre part, l'incurabilité absolue de la première période.

Digitized by Google

Bientôt arrivent les travaux de Virchow, de Rogée, de Lebert. On sait, grâce à eux, que le tubercule cru peut subir, tantôt une transformation caséeuse (Virchow), tantôt une transformation crétacée (Lebert, N. Guillot). On sait que certaines professions particulières prédisposent à la transformation crétacée. On sait que les parois fibreuses qui enkystent le tubercule ou les cavernes garantissent le poumon et deviennent le siège de l'effort curateur. On soupçonne que la transformation fibreuse est la transformation ordinaire et naturelle du tubercule. C'est lui, ce tissu fibreux, qui modifie la nature du tubercule et le fait passer à l'état crétacé, état crétacé envisagé par presque tous les pathologistes et déjà par Andral, dès 1829 (Anat. path. tom. 1er), comme l'inverse du travail de ramollissement.

Seulement, on manquait de démonstration anatomique positive.

Les mémorables travaux de Grancher et Thaon allaient l'apporter (1872-1877).

B.— Tandis que Virchow (7) disait : « *le tubercule est une néoplasie misérable, incapable d'organisation* », Grancher définit le tubercule « *une néoplasie fibro-caséeuse qui porte toujours en soi le germe de sa guérison* ».

Grancher établit l'importance d'un processus curateur qui peut enrayer le développement du tubercule, gros ou petit, à un moment quelconque de son évolution et le transformer en un produit inoffensif, désormais sans action sur l'organisme, non plus que sur le tissu voisin.

Ce processus, c'est la transformation fibreuse du néoplasme. Or, cette transformation n'est point exceptionnelle et elle n'est pas absolument rare.

Ce qui, en effet, en dehors des caractères anatomiques, différencie l'évolution du tubercule de celle du cancer, c'est *la tendance naturelle* du tubercule à devenir fibreux.

Digitized by Google

Il s'agit donc bien d'une transformation inhérente à la nature même de la lésion, et non pas d'un travail fortuit et irrégulier.

En fait, tout tubercule, quelle que soit sa forme, est soumis, dès sa naissance, à deux processus opposés : *l'évolution caséeuse au centre; l'évolution fibreuse à la périphérie.*

De la prépondérance définitive de l'une ou de l'autre de ces transformations dépend la destinée ultérieure de la néoplasie.

L'évolution caséeuse s'étend-elle, devient-elle totale, généralisée au poumon, le poumon se ramollit, se creuse et se détruit; c'est la mort.

L'évolution fibreuse demeure-t-elle fixe et stationnaire, le tubercule s'enkyste, s'emmure, s'enserre dans une défense cicatricielle ; c'est la guérison.

Voilà l'enseignement anatomique, qui n'est pas une simple réaction contre les idées de Bayle, de Laënnec et de Virchow, mais qui, essentiellement français, devient le fondement et le point de départ, l'assise la plus solide de la curabilité de la tuberculose.

Cet enseignement prend une valeur plus haute encore ; il montre, en effet, que le processus curateur n'est pas limité aux phases initiales de la tuberculose. Sans doute, il est d'autant plus fécond en effets salutaires, d'autant plus certain dans sa défense fibreuse, que la lésion est plus voisine de son début et d'étendue plus restreinte; mais, cependant, il est établi, sur l'étude histologique précise que la tendance vers la guérison existe à tous les degrés du développement des tubercules et dans tous les tissus.

Ainsi donc, au stade de germination du tubercule, au stade de crudité, au stade de ramollissement et de fonte, alors même, en ce dernier cas, que les parties centrales des foyers bacillaires sont en plein effondrement régressif, alors même que des formations tuberculeuses secondaires ont

Digitized by Google

pris naissance autour de la lésion primordiale, dans tous ces cas, la zone la plus excentrique du néoplasme tuberculeux, la zone dite embryonnaire, peut opposer à l'envahissement du mal la barrière protectrice de la transformation fibreuse.

Et ainsi, le malade est mis dans l'état de vivre avec ses lésions tuberculeuses réduites à l'impuissance de nuire; ainsi, et tant qu'il n'y a pas ailleurs de nouvelles greffes bactériennes, il est à l'abri des ravages de la bacillose sur ce point; ainsi, il est guéri ; guérison relative d'abord, mais étape première vers une guérison définitive, acquise enfin par la sollicitation attentive et éclairée des défenses de l'organisme.

C. — En résumé, la tuberculose pulmonaire est curable à toutes ses périodes. La médecine contemporaine établit cette notion féconde et consolante sur la double preuve de la clinique et de l'anatomie pathologique Elle en appelle de l'arrêt fatal prononcé par Laënnec et par Virchow; parce qu'elle connaît mieux les défenses naturelles de l'organisme, ses réactions locales et générales curatrices, elle ne voit plus dans le tubercule ce parasite misérable qu'y voyait Virchow, elle n'est plus réduite, d'inconséquence en inconséquence, à faire le pronostic du fatalisme et la thérapeutique du désespoir.

Elevons-nous donc contre l'ancienne inertie et la classique désespérance. S'il nous faut renoncer à l'espoir d'une guérison, absolue, radicale et définitive, efforçons-nous, au moins, de mettre nos malades en état de vivre avec des lésions fermées et de ne pas être pour autrui une menace perpétuelle de contagion.

Les chances de curabilité de la tuberculose pulmonaire sont d'autant plus fortes que le traitement est plus précoce. Or, l'institution de ce dernier dépend du diagnostic. Il importe donc de faire, le plus tôt possible, le diagnostic de la tuberculose du poumon.

Digitized by Google

Comme on a décrit diversement les étapes successives de cette tuberculose, il est de toute nécessité de connaître quelle est l'étape qu'il faut diagnostiquer : évidemment celle du début.

(*A suivre*).

LE MOIS MÉDICAL

(Mai 1903).

Le procès des injections de sérum gélatiné contre les hémorragies, la démonstration des rapports unissant la tuberculose et les cirrhoses hépatiques, une intéressante communication sur l'étiologie de la dysenterie épidémique et son agent pathogène, l'emploi local du sérum antidiphtérique et du sérum antitétanique sont les faits principaux dignes de retenir l'attention.

Hors du sein des Sociétés savantes, à signaler la deuxième réunion du « Bureau international pour la lutte contre la tuberculose » et l'inauguration des nouveaux établissements de Vichy.

Les *injections de sérum gélatiné* en tant que procédé hémostatique général paraissent avoir vécu. Le rapport de Chauffard est complété et corsé par Dieulafoy, qui, à l'occasion d'un cas personnel, en a découvert quatre nouveaux. Cet ensemble, ajouté au cas de Chauffard, porte à 23 le nombre connu des cas de tétanos consécutifs à ces injections. (Acad. de méd. 5 mai).

Le coup de grâce est porté à la méthode par un travail expérimental que publient Labbé et Froin dans la Presse Médicale (20 mai, p. 384) et où ces auteurs démontrent que jamais les injections gélatinées n'ont eu d'action coagulante, au contraire !

Les *rapports étiologiques entre les cirrhoses hépatiques et la tuberculose* sont serrés de près dans trois intéressantes communications.

Triboulet (Soc. méd. hôp. 24 avril), s'appuyant sur des faits personnels et sur 121 cas de M. Kelynack, montre que l'alcool jouerait un simple rôle préparatoire, la cirrhose vraie ne se développant

Digitized by Google

qu'ultérieurement, à la faveur d'une tuberculose se localisant surtout sur les séreuses.

Jousset (même Société, 1er mai) montre que l'inoscopie a permis de retrouver avec une grande fréquence le bacille de Koch dans les ascites cirrhotiques; il a pu tuberculiser le cobaye par inoculation de parenchyme hépatique cirrhotique.

Enfin Bezançon, quoique enclin à ne voir dans l'inoscopie qu'une méthode trompeuse, faisant confondre avec le bacille tuberculeux des bacilles acido-résistants tout différents, apporte une contribution expérimentale, toute de hasard, sur le même sujet (même Société, 29 mai). Il a trouvé, avec M. Griffon, chez deux cobayes inoculés sous la peau avec des produits tuberculeux, une cirrhose atrophique type, avec ascite, et une cirrhose hypertrophique sans ascite. L'ascite était à formule lymphocytaire absolument pure.

L'*étiologie de la dysenterie épidémique* (Acad. de méd. 12 mai) est étudiée par MM. Vaillard et Dopter. Ils ont retrouvé le bacille déjà signalé par Chantemesse et Widal, qui reproduit expérimentalement les lésions de la dysenterie; qui, en quelque point qu'il soit inoculé, se dirige toujours vers la muqueuse intestinale, et dont les toxines sont remarquablement nécrosantes pour les épithéliums digestifs inférieurs.

Le *sérum antidiphtérique en gargarismes et en pastilles* est proposé par M. Martin (Soc. Biolog., 16 mai) après de longues études.

M. Calmette suit une voie analogue en ce qui concerne le *tétanos* (Acad. des Sc., 11 mai). Mais sa documentation est jusqu'ici purement expérimentale. Avec M. Rivas (de Philadelphie), il a pu employer à titre préventif le sérum antitétanique sec dans le traitement direct des plaies tétanigènes. Après la septième heure, il ne répond plus de rien.

Groupons maintenant rapidement les autres faits dignes d'être signalés dans les diverses Sociétés.

La *Société médicale des hôpitaux* a recueilli d'intéressantes communications de M. Dufour sur le traitement chirurgical des néphrites aiguës et de M. H. Claude sur la décapsulation des reins dans les néphrites médicales (1er mai); une communication de M. A Jousset sur les septicémies tuberculeuses (soulevant toujours l'incrédulité de M. Bezançon — (8 mai) — Enfin (15 mai) Widal et

Digitized by Google

Lemierre ont rencontré de façon absolument constante une lymphocytose accentuée dans les hémiplégies syphilitiques aussi bien récentes que datant de vingt ans.

Cette réaction cellulaire ne se montre pas dans les hémiplégies non syphilitiques.

A la *Société de Biologie,* Babinski (25 avril) étudie le vertige voltaïque; Paris et Salomon étudient la leucocytose dans la diphtérie; Soupault et Jouault (2 mai), par une irritation aseptique de l'intestin par un lait de bismuth, ont obtenu expérimentalement une hypersécrétion muco-membraneuse ; — Bezançon et Griffon proposent un nouveau milieu de culture très favorable pour le bacille de Koch : ce n'est plus le sang gélosé mais bien le jaune d'œuf gélosé. — Gilbert et Lereboullet (23 mai), continuant leur étude des infections latentes des voies biliaires, dépistent et créent une *diathèse d'auto-infection* entraînant la production de canaliculites microbiennes multiples, hépatiques, pancréatiques, appendiculaires, etc...

A l'*Académie de médecine*, une intéressante étude médico-sociale de Fournier, sur le suicide dans la syphilis (19 mai) : suicide par trouble mental dérivant de la syphilis (encéphalopathies, hérédo-syphilis) ; suicide motivé par des lésions syphilitiques révélatrices ou dévastatrices ; suicide motivé par la notification première de la syphilis, et l'affollement consécutif ; suicide chez des individus contractant la syphilis au moment de se marier, ou même en état de mariage.

A l'*Académie des sciences* (18 mai), Albarran étudie la physiologie comparée des deux reins, et montre que ces organes fonctionnent isolément et différemment l'un de l'autre dans le même moment.

A l'*Etranger*, la Société de médecine Berlinoise, 6 mai, reçoit une communication de Arnheim, qui depuis trois ans retrouve le même microbe, un bâtonnet assez semblable à celui de l'influenza, dans l'expectoration des coquelucheux. Il a pu le cultiver, l'inoculer et reproduire un catarrhe laryngé spécial.

Du 4 au 7 mai, se sont tenues à Paris les séances du Bureau International de la lutte contre la tuberculose, pour discuter et régler nombre de questions qui viendront au Congrès International de la

Digitized by Google

tuberculose qui siégera à Paris en octobre 1904. Séances, banquets, réceptions, étaient heureusement intercalés de visites à l'hôpital d'Ormesson, au dispensaire Emile-Roux de Lille, au dispensaire Lalance, des Batignolles.

Les délégués des diverses nations ont successivement tracé le tableau de la lutte contre la tuberculose dans leurs pays respectifs. C'est M. Brouardel qui a développé les grandes lignes du plan de campagne de la lutte contre la tuberculose en France.

Le dimanche 31 mai, de tous les coins de la France, voire même de l'étranger, cinq ou six cents médecins se réunissaient à Vichy, où les avait aimablement conviés la Compagnie Fermière, qui traita princièrement ses hôtes d'un jour, pour assister à l'inauguration des Nouveaux établissements, présidée par M. Maruéjouls, ministre des travaux publics.

Pour conserver la prééminence parmi les stations thermales de la France et de l'Europe, Vichy a fait grandiosement les choses, et a créé un véritable Palais de l'hydrothérapie, où, dans un confort tout moderne, s'inspirant des dernières règles de l'hygiène et de l'architecture fin de siècle, tous les procédés thérapeutiques *aquatiques* et leurs dérivés ont trouvé leur application : bains, piscines, massage, douches ascendantes, inhalations, pulvérisations, bains d'acide carbonique, bains de vapeur et bains d'air chaud, douches, sont installés et répartis d'admirable façon.

L'adjonction à ces services thermaux et juxta-thermaux d'un service d'électricité médicale et d'une salle de mécanothérapie fait du nouvel établissement un centre physicothérapique unique au monde par les proportions grandioses du plan réalisé.

Digitized by Google

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

Séance du 1er mai 1903

Présidence de M. Guérin.

Etaient présents : MM. Grasset, Hédon, Rodet, Puech, Jeanbrau, Ardin-Delteil, Lagriffoul, Gaussel, Mme Gaussel, P. Moitessier, Maystre, Pagès.

A propos de la communication de M. de Surel sur le rôle physiologique des auricules du cœur.

M. Hédon n'argumentera que la partie expérimentale de cette communication.

Pour la première expérience de M. J. de Surel déterminant une chute de la pression artérielle dans la carotide par injection de sérum artificiel dans la jugulaire externe, il serait bon de préciser : si la chute de pression artérielle est instantanée, l'expérience vient à l'appui de la théorie de M. de Surel, mais s'il y a un temps perdu entre l'injection de sérum et la chute de la pression artérielle, l'expérience perd de sa valeur ; il peut s'agir simplement d'une action vaso-motrice.

Pour la seconde expérience, qui est une expérience cadavérique, il est évident qu'on peut, en distendant fortement les cavités droites, arrêter la circulation dans l'aorte, mais reste à savoir si une compression aussi intense peut exister sur le vivant.

Depuis sa communication dans la dernière séance, M. de Surel a songé à l'hypothèse d'une compression des troncs artériels aortique et pulmonaire par la contraction musculaire des auricules. Il serait possible de vérifier cette hypothèse en introduisant dans la cavité des auricules des ampoules en communication avec un appareil inscripteur.

M. de Surel remercie M. Hédon de ses conseils et se propose de continuer ses recherches.

Digitized by Google

Désarticulation interscapulo-thoracique pour ostéo-sarcome huméral. Guérison.

Par M. JEANBRAU

M. Jeanbrau communique l'observation d'une malade opérée par lui, dans le service de M. le professeur Forgue en juillet 1902.

Il s'agissait d'une femme atteinte d'un énorme sarcome de l'humérus gauche avec infiltration des parties molles de la région scapulaire.

La radiographie ayant montré que l'articulation était envahie, M. Jeanbrau proposa la désarticulation interscapulo-thoracique qui fut acceptée et pratiquée le 8 juillet. La malade n'eut pas de choc et la réunion se fit par première intention. Elle est aujourd'hui en excellente santé, sans trace de récidive.

L'examen histologique, pratiqué par M. le professeur Bosc, permit de reconnaître qu'il s'agissait d'un *sarcome myéloïde* (sera publié *in extenso*).

Orchite ourlienne sans parotidite

Par M. GRASSET

M. Grasset expose le cas d'un militaire entré dans son service il y a quatre jours, au huitième jour d'une maladie caractérisée par des symptômes d'embarras gastrique fébrile, s'étant même accompagnés d'une épistaxis. L'absence de diarrhée et de taches rosées, l'allure générale de la maladie, firent discuter le diagnostic de grippe ; néanmoins on préleva du sang pour un séro-diagnostic de Widal.

Hier est apparue chez ce malade une orchite. On a pu éliminer en toute sécurité le diagnostic d'orchite blennorrhagique. L'orchite éberthienne a pu également être écartée en raison de l'allure clinique et aussi du résultat négatif donné par le séro-diagnostic de Widal.

On a songé alors à la possibilité d'une orchite ourlienne sans oreillons. Cet homme, qui n'a présenté à aucun moment de manifestation du côté de ses glandes salivaires, fait partie de la 16e

Digitized by Google

section, où sévit depuis quelque temps une épidémie d'oreillons. La maladie a débuté par cinq ou six jours de symptômes d'infection générale. La conclusion pratique, c'est que, toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une infection aiguë chez un malade provenant d'un milieu épidémique, il faudrait commencer par éliminer le diagnostic des diverses formes de cette maladie.

M. Grasset demande si ce diagnostic ne pourrait pas trouver une confirmation dans la formule hémoleucocytaire.

M. Rodet. — L'hémoleucocytose dans l'infection ourlienne a été étudiée récemment par Sacquépée, mais cet auteur n'est pas arrivé à une formule bien précise.

M. Ardin-Delteil. — 1° D'après les données hématologiques actuelles, il serait possible d'établir de par la formule leucocytaire, une distinction entre une dothienentérie et une fièvre ourlienne à forme typhoïde, ce qui se voit surtout dans les cas d'orchite ourlienne primitive. Infection éberthienne, infection ourlienne sont des maladies à *mononucléose*, en compagnie, d'ailleurs, des autres fièvres éruptives, variole, varicelle, rougeole, (à l'exception de la scarlatine, qui s'accompagne d'une forte hyperleucocytose polynucléaire). Mais, tandis que la *mononucléose ourlienne est une hyperleucocytose*, la mononucléose de la dothienentérie est caractérisée par une diminution au-dessous de la normale du nombre de leucocytes : c'est une *mononucléose avec hypoleucocytose ou leucopénie*.

Théoriquement hyperleucocytose, hypoleucocytose permettraient donc de différencier ces deux maladies à mononucléoses, oreillons, fièvre typhoïde.

2° Une autre hypothèse pourrait être agitée, dans le cas actuel, au point de vue du diagnostic : c'est celle d'une thrombo-phlébite du plexus spermatique, détermination locale d'une infection générale, grippe, pneumococcie, streptococcie, etc... Je rappellerai à cet égard l'observation d'un jeune homme entré, il y a quatre ou cinq ans, à l'hôpital, dans un état typhoïde grave, chez lequel se produisit, au bout de quelques jours, une localisation qui fut prise pour une orchite, et que l'autopsie montra être une thrombo-phlébite du cordon. Les veines étaient transformées en boudins rigides farcis de fibrine et de streptocoques hypervirulents. S'il en était de même dans le cas présent, au lieu de trouver une mononucléose ourlienne ou éberthienne, on constaterait par l'examen hématologique, une hyperleucocytose polynucléaire.

Digitized by Google

M. Rodet. — La formule hémoleucocytaire ne saurait trancher le diagnostic pour la grippe.

Si M. Grasset acceptait la possibilité d'une infection streptococcique, on pourrait rechercher le streptocoque dans le sang par des cultures.

Séance du 8 mai 1903

Présidence de M. Guérin.

Etaient présents : MM. Carrieu, Puech, Jeanbrau, Ardin-Delteil, Lagriffoul, Gaussel, Mme Gaussel, P. Moitessier, Pagés.

Abcès du rein au cours d'une grossesse. — Néphrotomie. Guérison

Par Mme et M. Gaussel

M. Gaussel.— Au nom de Mme Gaussel et au mien, j'ai l'honneur de vous communiquer l'observation d'une femme qui a présenté, au cours d'une grossesse, une suppuration du rein traitée avec succès par la néphrotomie et terminée par la naissance à terme d'un enfant vivant. Cette observation est intéressante à plus d'un titre ; après l'avoir exposée nous reviendrons sur les points qui méritent surtout d'être mis en relief.

Mme Marie C..., 24 ans, repasseuse.

Antécédents personnels. — Depuis l'âge de 16 ans environ, cette jeune femme déclare avoir souffert des reins de temps en temps. Ces douleurs, qu'elle attribuait à un excès de travail, coïncidaient avec l'apparition dans l'urine d'un dépôt rougeâtre adhérent au fond du vase. Un médecin, consulté à la suite d'une de ces crises, ne prescrit aucun traitement : ces poussées douloureuses étant en somme très espacées, la famille n'y prête pas grande attention. Mme C.... est mariée depuis le mois d'avril 1901, elle est devenue enceinte peu de temps après son mariage.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère de la malade sont âgés et en bonne santé, une sœur ainée est également très bien portante. Dans les antécédents familiaux rien de particulier n'attire l'attention.

Digitized by Google

Maladie actuelle. — Le samedi 3 août 1901, après une journée de travail plus longue que de coutume, Mme C... ressent de nouveau la douleur lombaire qu'elle avait éprouvée antérieurement et qui, depuis son mariage, ne s'était jamais reproduite. Cette douleur augmente durant la journée du lendemain et ne se calme pas par le repos. C'est le seul symptôme accusé par la malade quand nous la voyons pour la première fois le lundi 5 août. Localisée au côté gauche de la région lombaire, cette douleur ne s'irradie guère vers en bas, elle est spontanée mais s'exagère pendant la palpation. L'exploration du rein gauche est difficile, la contracture musculaire de défense s'opposant à une palpation profonde. On ne peut sentir si le rein est augmenté de volume.

L'examen des urines révèle une quantité à peu près normale, la présence d'un peu de sable dans le dépôt, l'absence de pus ou d'albumine. Par le refroidissement il se forme très vite un nuage de mucine. L'état général est très bon : il n'y a pas de fièvre, le pouls bat à 80 pulsations.

L'unilatéralité de la douleur nous faisant éliminer le lumbago, nous émettons l'hypothèse d'une nouvelle crise de lithiase urinaire, sous forme de sable, analogue aux crises antérieures non traitées. L'existence d'une grossesse de trois mois et demi, la fatigue de ces derniers jours auraient déterminé cette nouvelle manifestation lithiasique. Cependant, l'interrogatoire du mari nous révèle une gonococcie antérieure au mariage ; bien que Mme C... n'ait, à aucun moment, présenté des symptômes d'uréthrite ou de cystite, notre attention est attirée vers la possibilité d une infection du rein et nous recommandons à la famille de prendre la température de la malade à plusieurs reprises dans la journée pour dépister le plus petit mouvement fébrile. — Prescription : régime lacté absolu, potion morphinée, grands cataplasmes chauds laudanisés sur la région lombaire.

Deux jours se passent sans incidents et sans amener de modifications dans l'état de la malade, qui continue à beaucoup souffrir.

Le mercredi 7 août, après une nuit relativement calme, à 5 heures du matin, Mme C. est prise d'un violent frisson et d'un accès de fièvre typique auquel nous assistons et pendant lequel la température s'élève à 40°6. L'examen de la région lombaire est à peu près impossible à ce moment à cause de la douleur et de la défense musculaire. Les urines émises après les accès sont rares, colorées, mais ne renferment pas d'albumine. Une fois l'accès terminé, la malade

Digitized by Google

éprouve un grand bien être, la douleur se calme, la température descend au-dessous de 37°. Dans la journée nous prescrivons des cachets de sulfate de quinine et de salol.

Le lendemain 8 août, nouvel accès de fièvre dans la matinée, moins intense et plus court que celui de la veille, la température s'était élevée à 38°2 seulement.

Nous voyons la malade le soir du même jour avec M. le professeur Forgue, qui conclut à une suppuration rénale, peut-être gonococcique, sur un rein primitivement atteint de lithiase. Le traitement médical est continué; on s'adresse surtout aux enveloppements de la région lombaire dans de grands cataplasmes chauds qui ont pour effet de calmer la malade tout en facilitant la formation de l'abcès limité.

Peu à peu la douleur lombaire s'apaise, une voussure légère se dessine dans le flanc gauche, il devient possible de limiter l'empâtement profond. Une ponction pratiquée, trois jours après l'examen de M. Forgue, avec la fine aiguille de l'appareil de Potain, reste sans résultat probablement parce qu'elle a été faite trop haut.

Le 17 août, l'état est le suivant : la douleur spontanée a presque disparu, la palpation profonde la réveille. A l'inspection, on voit une voussure très nette dans le flanc gauche, dans l'espace compris entre le bassin et les dernières côtes avec saillie proéminente également en avant du côté de l'abdomen vers la fosse iliaque gauche. A la percussion, cette voussure est mate en dehors mais sonore en avant à la percussion légère, ce qui est dû à la présence du côlon descendant. La palpation limite une tumeur douloureuse à bords assez nets, du volume d'une tête de fœtus à terme que l'on sent encore mieux au palper bimanuel. En dedans de cette tumeur, vers la ligne médiane, on sent le globe utérin s'élevant au-dessus de la symphyse, à moitié chemin entre cette dernière et l'ombilic, ce qui correspond à peu près à une grossesse de 4 mois.

Notons que depuis les deux accès de fièvre dont nous avons parlé la malade était restée apyrétique; ses urines, dont la quantité dépassait tous les jours deux litres, n'avaient à aucun moment renfermé d'albumine ni de pus.

Mme C. entre dans le service de M. le professeur Forgue à l'Hôpital Suburbain.

Le 19 août, M. Forgue fait une néphrotomie et ouvre par la voie lombaire un vaste abcès du rein situé dans le pôle inférieur de l'organe et contenant un verre de pus : deux drains sont mis dans la plaie.

Digitized by Google

Après un premier pansement, les suites immédiates de l'opération étant excellentes, la malade est ramenée dans sa famille. Nous faisons le deuxième pansement le 25 août : la suppuration est abondante par la plaie lombaire, les drains fonctionnent très bien ; nous pratiquons un lavage de la poche suppurante avec une solution chaude de sublimé à 1/4000.

Les pansements sont renouvelés tous les deux jours. La suppuration est toujours abondante, l'état général est très bon ; il n'y a pas eu de fièvre après l'opération, ni dans la suite.

Le 1er septembre, nous supprimons les drains, mais nous avons soin, aux pansements suivants, de maintenir dilaté le trajet des drains pour faciliter l'évacuation du pus. Quand la dilatation avec le dilatateur de Tripier nous paraît insuffisante, nous plaçons pendant douze heures une tige de laminaire dans le trajet, qui se trouve ainsi largement agrandi.

Cependant, la grossesse continue sans incident, les mouvements actifs du fœtus sont perçus par Mme C...

Le 20 septembre, l'orifice s'étant rétréci est obstrué par un débris de tissu sphacélé. La malade ressent de la pesanteur dans le côté gauche et remarque que son pansement est peu souillé. Brusquement dans la soirée, elle est prise d'un besoin subit d'uriner et rend un demi-verre de pus presque pur mélangé à une petite quantité d'urine. La communication entre l'abcès rénal et l'uretère s'est établie ainsi tout d'un coup. Il est probable que l'occlusion temporaire de la fistule lombaire a amené une augmentation de tension dans la poche suppurante, dont la paroi, peu résistante du côté du bassinet, a brusquement cédé.

A dater de ce jour, le pus apparaît régulièrement dans les urines ; la gaze et le coton sont peu salis d'un pansement à l'autre. Nous croyons utile de maintenir ouverte quelque temps la fistule lombaire pour assurer un lavage direct de la cavité de l'abcès. Mais, au premier pansement qui suit l'émanation de pus par l'urine, la malade est prise de violentes coliques pendant le lavage à la solution de sublimé. Cette douleur, due sans doute au passage du sublimé dans l'uretère et dans la vessie, se calme après une irrigation abondante à l'eau bouillie. Les jours suivants, nous nous servons pour les lavages d'une solution chaude d'acide borique à 3 %.

La quantité de pus éliminé par l'urine va en diminuant tous les jours.

Au commencement du mois d'octobre, la malade commence à se

Digitized by Google

lever quelques heures, puis elle sort pour passer les meilleures heures de la journée dans un jardin sur une chaise longue.

La grossesse continue sans incident.

Le 7 novembre, en renouvelant le pansement, on trouve la fistule lombaire complètement fermée. L'état général est toujours bon. La malade, ne pouvant supporter le régime lacté, commence à prendre une alimentation solide composée surtout de potages maigres et de purées.

Le 21 janvier 1902, c'est-à-dire près du terme, cette femme accouche d'un enfant vivant pesant seulement 2 kilogr. 450, mais bien constitué. Accouchement très simple. Suites de couches absolument normales.

La mère veut absolument allaiter son enfant : nous accédons à son désir, mais en surveillant de très près l'état de santé de la mère et surtout l'accroissement de poids de l'enfant.

Des pesées fréquemment pratiquées nous montrent que celui-ci progresse d'une façon régulière mais insuffisante, de 20 à 25 gram. par jour seulement, ce qui est peu pour un enfant d'un poids au-dessous de la moyenne. La quantité de lait n'étant pas très grande chez la mère, on complète l'alimentation de l'enfant avec du lait stérilisé : l'accroissement se fait alors normalement.

La mère se porte bien pendant tout le temps que dure l'allaitement.

Nous avons revu Mme C... il y a peu de temps. Les urines ne déposent plus et ne paraissent pas renfermer de pus ; son état général est excellent.

L'enfant, sevré à treize mois, marche seul et paraît très vigoureux.

Cette observation nous permet d'étudier l'influence réciproque de la grossesse sur l'abcès du rein et de la suppuration rénale sur la grossesse.

En ce qui concerne le premier point, nous pensons que la grossesse a joué le rôle de cause occasionnelle dans le développement de cet abcès. Sans doute cette malade avait depuis plusieurs années des crises de lithiase sous forme de sable urinaire, mais elle n'avait jamais eu de complications septiques. La grossesse, dont ont connaît l'action sur le rein, en particulier chez les primipares, a rendu cet organe plus vulnérable, et l'infection a trouvé facilement prise sur lui. Peut-être la gonococcie du mari a-t-elle fourni le germe qui a déterminé la suppuration. Nous devons dire cependant qu'il n'y avait aucun signe d'infection gonococcique chez cette malade avant sa maladie.

Digitized by Google

La grossesse n'a pas eu une action trop défavorable sur l'évolution de la suppuration rénale, cette dernière a pu arriver à guérison sans persistance d'une fistule lombaire.

Quelle a été l'influence de la suppuration du rein sur la grossesse, sur la mère et sur l'enfant ?

La mère a eu une grossesse absolument normale, sans aucun trouble sympathique, sans manifestation d'auto-intoxication gravidique. Ce fait ne doit pas nous surprendre, car les affections chirurgicales du rein ne réalisent pas comme les néphrites médicales l'insuffisance rénale, surtout quand un seul rein est atteint. — La grossesse a évolué jusqu'à terme, à une semaine près.

L'enfant est venue au monde un peu petite, c'était une fillette. Son poids (2 kilog. 450) était au-dessous de la moyenne (3000 gr.). Il faut tenir compte de l'alimentation de la mère, qui était peut-être insuffisante pour une femme en état de grossesse.

Signalons en terminant l'heureux résultat de la néphrotomie, qui n'a eu aucun effet fâcheux sur l'évolution de la grossesse et a permis une guérison, qui eût été peut-être moins complète si l'ouverture de l'abcès s'était faite tout d'abord spontanément dans l'uretère. (*A suivre*).

NOUVELLES

Faculté de Médecine de Montpellier. — *Prix Sviécicki.* — M. le Dr Sviécicki ayant légué à la Faculté de Médecine un capital de 20.000 francs, à la charge d'affecter les intérêts à des prix annuels, le Conseil de la Faculté de Médecine a décidé la création de deux prix annuels d'une valeur de 296 francs chacun.

Ces prix seront attribués aux étudiants, français ou étrangers, inscrits à la Faculté, qui présenteront un mémoire fait dans un laboratoire ou une clinique de la Faculté de Médecine.

Condition déterminée pour les inscriptions : Tout étudiant sera admis au concours avec un nombre d'inscriptions égal au moins à 4, et si sur ce nombre, les 4 dernières ont été prises à la Faculté de Montpellier.

Les mémoires peuvent être présentés par les candidats pendant tout le cours de leur scolarité aussi bien à la fin de la 1re année que de la dernière, mais avant la soutenance de la thèse. Ils devront être écrits d'une manière parfaitement lisible et, en temps ordinaire, être déposés au secrétariat avant le 1er juin (exceptionnellement en 1903, ils seront reçus au secrétariat jusqu'au 15 octobre). Ils pourront faire ultérieurement l'objet de la thèse de doctorat, mais celle-ci ne pourra être subie qu'après les dates sus-indiquées, c'est-à-dire le 15 octobre 1903. Ils pourront être publiés, mais seulement après leur dépôt au secrétariat.

L'Editeur-Gérant : P. DELORD-BOEHM.

Montpellier. — Imprimerie Delord-Boehm et Martial.

Digitized by Google

N° 26 28 JUIN 1903. TOME XVI

MONTPELLIER MÉDICAL

Journal Hebdomadaire paraissant tous les Dimanches

CLINIQUE DES MALADIES SYPHILITIQUES ET CUTANÉES

SYPHILIDE SERPIGINEUSE GÉANTE EN CERCLES CONCENTRIQUES [1]

PAR

M. BROUSSE Professeur-Agrégé, Chargé du cours

ET

M. BRUC Aide de Clinique

Le nommé Jean B..., âgé de 31 ans, pêcheur à Cette, se présente le 12 août 1902, à la consultation externe du service dermatologique. Interrogé, il n'accuse comme maladie antérieure qu'une blennorrhagie en 1890. Il est marié depuis plusieurs années : sa femme, bien portante en apparence, a eu une grossesse à terme, mais l'enfant est mort à quelques mois ; une seconde grossesse s'est terminée par un avortement.

La maladie pour laquelle il vient consulter a débuté il y a treize mois, en juillet 1901, à 3 centimètres au-dessous de l'appendice xyphoïde, un peu à gauche de la ligne médiane, sous forme d'un « *bouton* » qui s'ulcère par le grattage et se recouvre de croûtes ; il prend rapidement les dimensions

[1] Communication faite le 5 mars 1903 à la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Digitized by Google

d'une pièce de 2 francs. Le malade entre alors à l'hôpital de Cette et sort guéri au bout de 14 jours avec une cicatrice pigmentée.

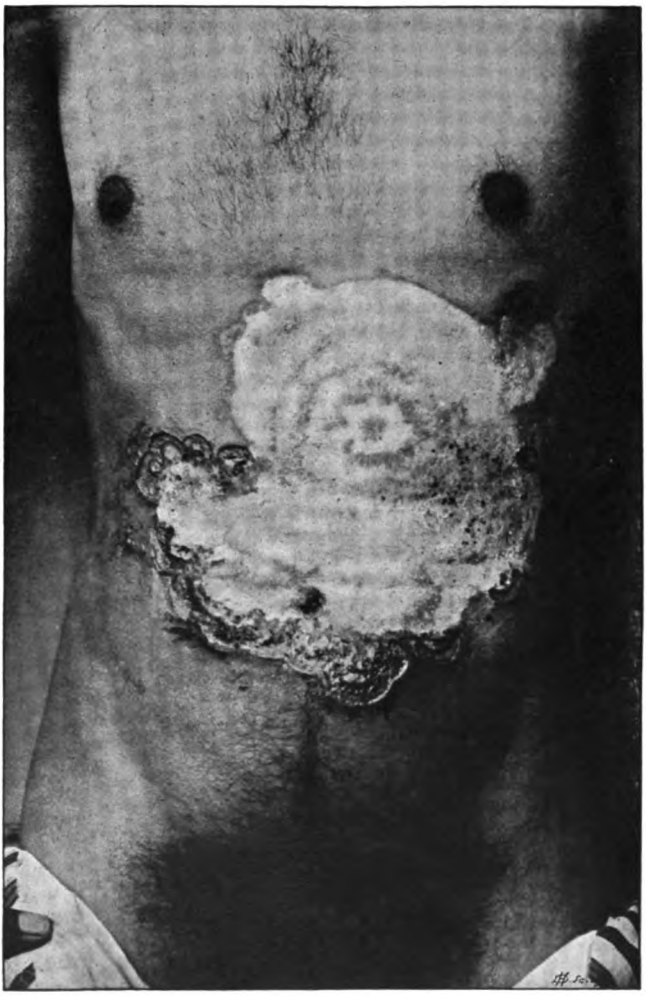
En septembre 1901, apparaissent de nouveaux *boutons* qui déterminent une bande circulaire ulcérée, séparée de la cicatrice primitive par une zone de peau saine également circulaire, d'un centimètre de large en moyenne. Ces bandes s'étendent progressivement, présentant le même aspect de zones claires et ulcérées, et occupant la paroi abdominale du sternum à l'ombilic. En même temps on remarque au pli du coude, dans la région antéro-externe de l'avant-bras gauche, une ulcération ovalaire dont le grand axe, oblique en bas et en dedans, mesure 3 centimètres. Le malade entre à l'hôpital et sort guéri vingt-neuf jours après.

L'affection récidive encore en novembre de la même année et persiste depuis lors, malgré plusieurs traitements ; c'est ce qui a déterminé le malade à venir consulter. On lui conseille d'entrer à l'hôpital Suburbain, dans le service de M. le professeur-agrégé Brousse, où il est admis le 13 août 1902, Salle Benoit, n° 23.

Etat actuel. — A l'examen, on voit, sur la paroi abdominale, un large placard cicatriciel déjeté à gauche. Ce placard est constitué par une série de cercles ou arcs de cercle, alternativement clairs ou sombres, suivant que la peau est restée saine ou a été le siège d'ulcérations anciennes ; ces bandes, à pigmentation caractéristique, sont au nombre de cinq. Elles ont toutes pour centre commun la cicatrice primitive et sont assez régulièrement circulaires, sauf la plus externe, qui présente une excroissance à la partie supéro-externe gauche et une encoche à sa partie externe droite.

Le segment inférieur de cette surface est limité par une ulcération en arc, à concavité supérieure, passant sous l'ombilic pour remonter à droite jusqu'à la deuxième côte, à

Digitized by Google



Imp. Delord-Boehm et Martial

Digitized by Google

Digitized by Google

gauche jusqu'à 5 centimètres au-dessous du mamelon. Cette bande, qui coiffe la cicatrice ancienne, est plus excentrique par rapport au centre commun. Ses éléments, de dimensions variées, sont néanmoins des plus réguliers ; affectant, pour la plupart, la forme de croissants dont la concavité est supérieure ou supéro-externe, ils sont serpigineux, légèrement phagédénisés, sans induration ; les bords bien taillés n'en sont pas surélevés, leur fond, rouge, est recouvert d'un dépôt jaunâtre parsemé de quelques croûtes.

La surface atteinte, dans ces parties cicatrisées ou en voie d'évolution, mesure 25 centimètres de haut en bas, sur la ligne médiane, et 20 centimètres suivant le diamètre transverse.

L'examen de la bouche montre la partie antérieure du voile du palais couverte de nodosités rouges, infiltrées, dont certaines présentent à leur centre une ulcération jaunâtre. Le fond de la gorge est rouge, enflammé, mais sans plaques, pas plus d'ailleurs que sur les muqueuses.

La narine gauche est également ulcérée.

A la palpation, pas d'engorgement ganglionnaire.

L'état général est très mauvais. Le malade est pâle, maigre, sans forces et sans appétit. La persistance des accidents, empêchant tout travail et rendant chaque mouvement douloureux, semble avoir influé sur le moral.

La pigmentation cicatricielle caractéristique et l'aspect des lésions font penser immédiatement à une manifestation syphilitique, et on porte le diagnostic de *Syphilide serpigineuse géante*.

Le malade, interrogé à ce point de vue, après avoir tout d'abord nié, finit par reconnaître avoir eu en 1893, à Saïgon, pendant son service militaire, un chancre induré de la rainure balano-préputiale, traité pendant quatre mois par les pilules, mais les accidents secondaires lui sont passés complètement inaperçus.

Digitized by Google

Le malade est soumis au traitement général par l'association cacodylo-hydrargyrique, en injections hypodermiques suivant la formule du service :

Biiodure d'hydrargyre	0.10	centigrammes
Iodure de sodium...	0.20	»
Cacodylate de soude.	0.30	»
Eau distillée.....	10	centimètres cubes

dont on injecte 2 cent. cubes tous les deux jours.

Localement, compresses de sublimé et pansement à l'iodoforme ; gargarisme chloraté.

16 août. Première injection de 2 cent. cubes de la solution, très bien supportée par le malade.

Dès le 20 août, après trois injections, le malade accuse une modification très sensible, l'appétit lui revient, l'état général s'améliore. La plaie se modifie, les croûtes tombent, les bords s'affaissent.

Cette amélioration s'accuse de plus en plus les jours suivants sous l'influence de la continuation du traitement, si bien que le malade, complètement remis de ses accidents, demande son exéat le 5 septembre, après 21 jours de traitement, ayant reçu 9 injections de 2 cent. cubes du mélange cacodylo-hydrargyrique, soit en tout 18 centigrammes de biiodure de mercure et 54 centigrammes de cacodylate de soude.

En résumé, il s'agit d'un homme de 31 ans qui, neuf ans après avoir contracté, au Tonkin, un chancre induré et alors qu'il ne s'est aperçu d'aucun accident secondaire, présente depuis treize mois une syphilide tuberculo-ulcéreuse de la région abdominale à évolution serpigineuse concentrique, ayant envahi progressivement une grande étendue de la surface cutanée (placard de 25 centimètres de hauteur sur 20 de largeur) : en dehors des anamnestiques, la disposition circinée des lésions en activité, l'aspect pigmenté des parties

Digitized by Google

cicatrisées, enfin la coexistence d'une infiltration tuberculeuse du voile du palais démontrent la nature syphilitique de cette affection. Le traitement par les injections de biiodure cacodylé en amène rapidement la guérison, confirmant ainsi le diagnostic.

Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs points de vue.

D'abord la région abdominale constitue une localisation relativement rare pour les syphilides tuberculo-ulcéreuses.

Mais la particularité la plus remarquable de notre cas, c'est la disposition en cercles concentriques de la lésion, figurant en quelque sorte un serpent plusieurs fois enroulé autour de lui-même ; ces cercles sont au nombre de cinq et caractérisés par des bandes alternativement claires et pigmentées. C'est là un mode exceptionnel dans les manifestations serpigineuses de la syphilis tertiaire, surtout avec les dimensions véritablement géantes qu'elle affecte ici.

Il est permis de se demander si les caractères anormaux présentés chez notre malade par ses accidents tertiaires, joints à la latence des accidents secondaires, ne sont pas en rapport avec l'origine exotique de sa syphilis. Dans une étude intéressante sur la syphilis indo-chinoise (*Annales de Dermatologie* 1901, page 817), Janselme a, en effet, signalé comme caractères particuliers le peu d'apparence des accidents secondaires et au contraire l'intensité des accidents tertiaires, qui prennent fréquemment l'aspect serpigineux.

Enfin, il faut signaler, en terminant, la rapidité avec laquelle cette lésion a guéri sous l'influence des injections de biiodure d'hydrargyre cacodylé, employé à doses doubles de la formule primitive de Brocq.

Digitized by Google

ÉTUDES PRATIQUES ET GÉNÉRALES

SUR

LA TUBERCULOSE

DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE AU DÉBUT

Par le Dr **VIRES**, Professeur agrégé

(*Suite.* — Voir nº 25, pag. 625).

7. — Que devons-nous entendre par tuberculose au début?

Je laisse volontairement de côté les formes de tuberculisation rapide et quasi instantanée du poumon, les formes galopantes, aiguës, granuliques, toutes formes hyperfébriles et de symptomatologie alarmante, voire dramatique; je ne m'occupe que de la bacillose pulmonaire chronique, la plus fréquente, à l'heure présente, dans tous les milieux, pauvres, ouvriers, riches, à évolution lente et lentement progressive.

La médecine ancienne distinguait 3 périodes ou degrés dans la phtisie pulmonaire :

Première période : Elle constitue la disposition prochaine à la maladie : engourdissements, inertie générale, douleurs gravatives de la poitrine, quintes violentes de toux, dyspnée, habitude du corps délicate, membres grêles, constitution irritable et spasmodique, conformation vicieuse d[u] thorax, excès d'intempérance, hémoptysie, vice scorbutiqu ou scrofuleux, quelquefois induration des glandes du cou etc.

Digitized by Google

Deuxième période, phtisie déclarée : Toux particulière, très incommode, augmentant la nuit, avec titillation du larynx, dyspnée augmentée par le moindre mouvement, voix rauque, grêle, etc., exaspération de la toux et disposition à vomir après le repas, soif, expectoration variable, d'une odeur souvent fétide, petite fièvre le soir, avec rougeur des pommettes, insomnies, dépérissement, marasme.

Troisième période : La fièvre hectique devient continue, avec un pouls petit, une chaleur mordicante, des sueurs et un dévoiement colliquatifs, la faiblesse est extrême, et le malade succombe dans le marasme (Dict. de Nysten, 1814).

Voilà les symptômes.

Voici les lésions :

La phtisie est la maladie qui résulte du développement de tubercules dans le poumon. Or, les tubercules du poumon ne restent point identiques dans les diverses périodes de leur existence ; relativement aux changements qu'ils subissent, changements d'autant plus importants à connaître qu'ils sont annoncés pendant la vie par des modifications correspondantes dans les symptômes, on peut considérer dans ces tubercules une *première période* pendant laquelle ils sont *durs* ou à l'état *de crudité*, une *seconde période où ils se ramollissent, et une troisième enfin où ils sont évacués.* Dict. de méd., tom. 16e, Béchet, 1826. Paris. *Phtisie* art. d'Andral fils.

Il y a donc 3 degrés dans la phtisie :

1° La phtisie commençante ;
2° La phtisie confirmée ;
3° La phtisie au 3e degré.

8.— « Je crois, écrit Bayle(5) en 1810, dans ses *Recherches* » *sur la phtisie pulmonaire,* qu'on devrait admettre, avant » la phthisie commençante, qui date de l'époque où le

Digitized by Google

» malade éprouve la toux, la gêne pectorale, des mouve-
» ments fébriles... qu'on devrait admettre, avant cette
» époque, un temps où cette maladie serait désignée sous
» le nom de *phthisie occulte* ou de *germe de la phthisie*,
» parce que dans plusieurs espèces, avant l'instant où se
» manifestent les premiers symptômes, il est un intervalle,
» pendant lequel le malade, qui a déjà le poumon profondé-
» ment lésé, paraît encore jouir de la meilleure santé. »

Il divise la phtisie en quatre périodes :

La *première période, période de phtisie occulte*, est caractérisée, anatomiquement, par des tubercules enkystés ou non enkystés ; des granulations miliaires transparentes, discrètes non confluentes ; cliniquement, rien ne décèle encore la lésion des poumons et aucun symptôme ne fait craindre la phtisie.

La *deuxième période*, période de *phtisie commençante*, est caractérisée, anatomiquement, par le ramollissement des tubercules ; cliniquement, la toux, la gêne pectorale, un malaise universel, des mouvements fébriles font soupçonner l'existence de la phtisie ou la décèlent d'une manière manifeste.

La *troisième période*, période de *phtisie confirmée*, est caractérisée, anatomiquement, par les cavernes et les ulcérations pulmonaires, cliniquement, par la toux plus fréquente, la dyspnée, la fièvre hectique.

La *quatrième période*, période de *généralisation*, est caractérisée, anatomiquement, par des cavernes et des localisations autres que celles des poumons, cliniquement par l'expectoration abondante du pus, les sueurs nocturnes, la diarrhée, les aphtes, le marasme..., la mort.

9. — En 1819, Laënnec, l'illustre inventeur de l'auscultation médiate, Laënnec, un homme de génie, comme dit Peter, qu'animait le souffle moderne, jetait sans violence le monde

Digitized by Google

médical hors des voies traditionnelles et instaurait pour toujours la physique en médecine. Il rétablit les trois périodes classiques, supprimant la période de germination, de phtisie occulte de Bayle.

Préoccupé surtout de trouver à chaque période, et lui correspondant, un signe pathognomonique, il fait faire à la séméiologie pulmonaire de la tuberculose un immense progrès.

Ainsi, la première période, période d'accumulation des tubercules crus ou miliaires se traduit, symptomatiquement, par la *bronchophonie diffuse* et la *submatité légère*.

La seconde période, période de ramollissement des tubercules, se traduit par le *gargouillement*, la *pectoriloquie imparfaite*, le *souffle*.

La troisième période, période d'évacuation complète de la matière tuberculeuse de la caverne, se traduit par la *pectoriloquie parfaite* et les *râles caverneux*.

Laënnec ne décrit donc pas la phtisie occulte de Bayle. Il n'en méconnaît pas l'existence. Il sait qu'on la rencontre, témoin les lignes suivantes :

« Les tubercules s'accumulent d'abord au sommet des poumons, sauf quelques cas d'exception fort rares : c'est par conséquent là qu'il faut les chercher. Les premiers signes se manifestent ordinairement au-dessous de la clavicule. Les tubercules, petits, séparés les uns des autres par un tissu pulmonaire sain, ne peuvent être reconnus : mais le plus souvent alors la santé est encore parfaite, et très rarement à cette époque la toux qu'occasionne l'affection de poitrine engage le malade à consulter le médecin. »

Mais il ne trouve pas de signes propres à cette phase, de symptômes spéciaux, aussi l'indique-t-il simplement.

10. — *Andral*, commentateur de Laënnec, essaie le premier, dès 1837, de fixer quelques types de respirations anormales,

Digitized by Google

traducteurs précisément de ce stade silencieux de la phtisie, de cette période où les tubercules sont très petits et séparés par du parenchyme sain.

C'est l'auscultation attentive du bruit respiratoire qui lui permet ces différenciations.

Trois cas peuvent se présenter.

Premier cas. — *Le bruit respiratoire* a conservé toute sa pureté, tout son moëlleux, toute sa force. Les tubercules, encore qu'assez nombreux, sont encore d'un petit volume et séparés les uns des autres par de grands intervalles dans lesquels le tissu du poumon a conservé toute sa perméabilité.

Deuxième cas. — *Le bruit respiratoire* est devenu beaucoup plus faible du côté où se sont produits les tubercules, soit qu'en même temps le son des parois thoraciques ait pris plus d'obscurité, soit qu'il ne se soit pas modifié, soit enfin qu'il soit devenu plus clair (coïncidence d'emphysème).

Troisième cas. — *Le bruit respiratoire* vient à se décomposer en *deux bruits.*

L'un correspond au temps pendant lequel l'air pénètre dans les bronches. C'est le seul bruit qui doive s'entendre dans l'état normal; il peut être encore assez fort, mais il a perdu de son moëlleux et de sa douceur accoutumés. Il peut être aussi devenu très faible, avoir, par exemple, une intensité 2 ou 3 fois moindre que le bruit, qui, de l'autre côté, accompagne l'inspiration.

Un second bruit suit celui-là, tantôt peu prononcé et perceptible seulement lorsqu'on recommande au malade de respirer profondément, tantôt très fort, ressemblant à une sorte de souffle et masquant presque entièrement le bruit qui le précède. Ce second bruit a lieu pendant le temps de l'expiration: il paraît à Andral un signe très important, à l'aide duquel il a pu souvent annoncer quel était le point des poumons où étaient agglomérés le plus de tubercules.

C'est ici un grand progrès. Il est tout entier dans l'aus-

Digitized by Google

cultation des deux temps de la respiration, inspiration et expiration, et dans les anomalies de forme, de timbre, de de durée, d'intensité, de ces deux bruits.

Il devient donc possible de diagnostiquer cette période de germination que Bayle et Laënnec avaient reconnue impossible à déceler.

Mais c'est là encore un linéament par trop insuffisant; c'est à peine une ébauche sommaire et trop incomplète des respirations rendues anormales par les tubercules naissants.

11. — Avec Jules Fournet et ses patientes et laborieuses *Recherches cliniques sur l'auscultation des organes respiratoires et sur la première période de la phtisie pulmonaire,* faites dans le service d'Andral (Paris, 1839), la question se précise, les documents se groupent.

A mon sens, ce travail est capital. Vous en jugerez par le résumé suivant :

Fournet s'élève contre le funeste préjugé de l'incurabilité absolue de la phtisie ; pour lui, contrairement à Laënnec, à Bayle, à Andral, la première période de la maladie est la seule pendant laquelle la thérapeutique puisse avoir quelque succès. Il faut donc, de toute urgence, rechercher les signes diagnostiques de cette première période.

Or, le diagnostic se compose, en général, d'éléments très nombreux et quelquefois très complexes. Ce n'est donc pas seulement sur les résultats d'auscultation qu'il se fonde pour l'établir, mais il pose en principe qu'on commettrait nécessairement un grand nombre d'erreurs, si l'on prétendait juger d'après un seul ordre de signes et d'après leur *valeur absolue*, au lieu d'en consulter l'ensemble et la *valeur relative.*

Il y a pour ce diagnostic, comme pour tout autre diagnostic, des degrés divers de certitude, qui varient avec les conditions diverses dans lesquelles se trouvent les malades ; mais, dans

Digitized by Google

le plus grand nombre de cas, le diagnostic peut être porté d'une manière précise, quelquefois même il peut remonter jusqu'au moment où la phtisie consiste encore dans une certaine disposition générale, et où la matière tuberculeuse n'a encore été secrétée ni dans les poumons, ni dans aucun autre organe.

Laënnec avait dit: « Si l'on applique sur la poitrine d'un homme sain le stéthoscope dégarni de son obturateur, on entend pendant *l'inspiration* et *l'expiration* un murmure léger, mais extrêmement distinct, qui indique la *pénétration* de l'air dans le tissu pulmonaire et son *expulsion.* » (Auscultation médiate, édition d'Andral, vol. 1, page 60).

Fournet confirme cette division, dont Laënnec n'a pas tiré tout le parti qu'elle comporte : *à l'état normal, l'inspiration d'une part, l'expiration de l'autre, sont accompagnées chacune d'un bruit distinct.*

Il faut donc dissocier le *bruit respiratoire ;* il est constitué de deux bruits bien distincts, l'un plus fort, qui appartient au temps de l'inspiration ; l'autre, plus faible, qui se produit pendant le mouvement de l'expiration.

L'observation pathologique confirme cette division : on voit quelquefois le bruit le plus faible devenir le plus fort, et vice versa; un certain nombre de signes précieux résultent de cette manière d'étudier les bruits de la respiration.

De là, ce principe d'auscultation : *entendre et analyser toujours séparément les bruits de l'inspiration et de l'expiration, en même temps que par une vue d'ensemble on apprécie les changements qui ont pu s'opérer dans le rapport naturel des bruits.*

Fournet recherche ensuite dans les bruits inspiratoire et expiratoire leurs caractères propres et les qualités générales des sons ; c'est l'exposition physiologique, normale, qui devient la préface nécessaire des modifications pathologiques.

Je ne puis entrer dans le détail de cette étude judicieuse

Digitized by Google

et p eine de finesse qui, pour la première fois, analyse les caractères des bruits respiratoires, leur dureté, leur mollesse, leur sécheresse, leur humidité, leur timbre, leur intensité, leur durée, leur rythme.

Je passe aussi sous silence les préceptes qui se rapportent à la pratique de l'auscultation, éducation du sens de l'ouïe, connaissance préalable, exacte, des variétés physiologiques et des caractères normaux des bruits respiratoires, variétés des respirations individuelles, degré de pression de l'oreille sur les parois thoraciques...

J'arrive aux données qui nous permettent de faire le diagnostic de bacillose pulmonaire à la période de germination.

Signes fournis par l'auscultation.

AUSCULTATION DES BRUITS RESPIRATOIRES. — A la première période de la phtisie pulmonaire, les modifications portent sur le bruit inspiratoire et sur le bruit expiratoire.

a) *Modifications subies par le bruit inspiratoire.* — Représentons par le chiffre 10 le bruit inspiratoire à l'état normal, point fixe au-dessus et au-dessous duquel on peut construire une échelle de graduation. Or, dans cette période de la tuberculose pulmonaire, il y a :

1° Augmentation d'intensité du bruit inspiratoire. Du chiffre 10, on s'élève à 12, 15, 18. Cette augmentation est assez constante. Elle croît dans un rapport assez exactement proportionnel à l'altération physique de l'organe.

2° Une diminution de durée, qui a lieu en même temps que l'augmentation d'intensité, mais qui est moins constante et moins prononcée. Elle abaisse le bruit inspiratoire du chiffre 10 aux chiffres 8, 7, ou même 6 ou 5, fort rarement au-dessous.

Digitized by Google

3° Le bruit inspiratoire est entendu, sec, dur, rude, comme difficile dans sa production, et contraste avec le bruit inspiratoire de la base, qui reste doux, facile, moelleux.

b) *Modifications subies par le bruit expiratoire.* — 1° Dans la première période de la phtisie pulmonaire, le bruit expiratoire présente une augmentation qui porte à la fois sur son intensité et sur sa durée, augmentation qui peut élever ce bruit du chiffre 2 au chiffre 20. Cette augmentation se fait par degrés successifs, 4, 6, 8, 10, etc. Les chiffres qui l'expriment sont ordinairement une mesure assez exacte des progrès de l'affection. Elle est continue et régulière dans sa marche ascendante. Elle porte le plus souvent sur la durée et sur l'intensité, quelquefois cependant elle porte peu sur l'intensité, beaucoup plus sur la durée.

2° Le caractère de rudesse, de difficulté, de sécheresse, appartient au bruit expiratoire comme au bruit inspiratoire.

c) *Les modifications de timbre* des bruits respiratoires sont importantes, encore qu'elles apparaissent à une époque un peu plus éloignée du début que les signes précédents. Elles se montrent cependant très tôt.

Ces altérations passent par des degrés successifs qui expriment très bien la marche envahissante de la maladie.

C'est d'abord un souffle un peu plus *clair* que le souffle naturel inspiratoire et expiratoire.

C'est ensuite un timbre *résonnant,* puis *soufflant*, puis *bronchique*.

En résumé donc, on peut fonder le diagnostic de la première période de la phtisie sur les modifications des bruits de la respiration.

Les modifications du bruit expiratoire sont beaucoup plus importantes pour le diagnostic de cette affection que celles du bruit inspiratoire ; elles offrent l'avantage de se rapporter à une époque beaucoup plus rapprochée du début.

Digitized by Google

Les modifications de durée et d'intensité des bruits respiratoires appartiennent à une époque de la phtisie antécédente à l'époque que représentent les altérations du caractère doux, facile, moëlleux, et les altérations de timbre : les altérations de durée et d'intensité de l'expiration, les altérations de timbre des deux bruits, ont une valeur diagnostique beaucoup plus grande que les modifications de l'inspiration et que le caractère sec, dur et difficile des deux bruits.

AUSCULTATION DES RALES DE LA PREMIÈRE PÉRIODE DE LA PHTISIE. — Il y a des bruits surajoutés aux bruits respiratoires, ce sont des râles ; le premier en date, le plus précoce, est le râle de *froissement pulmonaire*, puis viennent le râle de *craquement sec*, le râle de *craquement humide*, le *râle cavernuleux*, le *râle caverneux ou de gargouillement*.

A la période de début peuvent s'entendre le *râle de froissement* et le *craquement sec*.

Le *râle de froissement*, qui rappelle le bruit rapide, léger et sec, que l'on obtient en soufflant sur du papier très fin, sec et transparent, tantôt inspiratoire, tantôt expiratoire, le plus souvent inspiratoire, siège aux sommets seulement, le plus ordinairement en avant sous la clavicule, quelquefois en arrière dans la fosse sus-épineuse ; il est unilatéral, il traduit la condition anatomique suivante : induration lobulaire du tissu pulmonaire, de telle sorte qu'au milieu de points imperméables ou difficilement perméables il y ait encore des parties assez accessibles à l'air ; il se rencontre exclusivement dans la seconde moitié de la première période de la phtisie.

Le *râle de craquement sec*, formé par une série de crans, de petits bruits, d'abord exclusivement inspiratoire, puis expiratoire quand il devient humide, siège dans cette première période sur le sommet de la poitrine, à droite ou à

Digitized by Google

gauche, dans les parties les plus élevées, fosses sus-épineuses, fosses sus et sous-claviculaires.

Il appartient à cette époque de la première période de la phtisie, qu'on peut appeler la deuxième phase, tandis que le craquement humide appartient à la 3me phase et établit en quelque sorte le passage entre la première et la seconde période de la maladie. Il n'est donc pas le premier symptôme qui apparaît dans la phtisie pulmonaire; les modifications de durée des bruits inspiratoire et expiratoire le précèdent dans son apparition.

Le râle de craquement sec appartient à une époque de la première période de la phtisie un peu plus avancée que le bruit de froissement pulmonaire.

Nous avons dans cette première période, période de *germination*, d'abord des *modifications inspiratoire et expiratoire de durée, d'intensité, de timbre.* C'est la première phase.

Le froissement pulmonaire et le craquement sec appartiennent à la deuxième phase de cette première période.

Ce craquement sec, dur, rude, qui craque plusieurs fois de suite, qui se reproduit à chaque inspiration, devient insensiblement un peu humide; le nombre des craquements successifs qui le constituent augmente, le craquement, en même temps que plus humide, commence à se faire entendre aussi dans l'expiration et bientôt à s'y établir et à coexister avec elle d'une manière presque aussi complète qu'avec l'inspiration.

Le craquement sèc s'est ainsi transformé en *râle humide :* et celui-ci n'appartient plus, comme le râle de froissement pulmonaire et le râle de craquement sec, à cette époque de la phtisie où les tubercules infiltrés dans le tissu pulmonaire sont encore à l'état d'infiltration, il se manifeste en effet pendant la période où s'accomplit le travail de ramollissement des tubercules.

Digitized by Google

Auscultation de la voix.

La voix auscultée à distance a un ton plus grave, son timbre est moins clair, elle est beaucoup plus faible et le malade est, en quelque sorte, obligé de faire effort pour parler. Elle est comme voilée, sourde, pectorale... C'est une *voix étouffée*. Ces modifications existent dans la seconde phase de la première période, c'est-à-dire à l'époque où l'infiltration tuberculeuse, quoique à l'état cru, est déjà assez considérable.

La valeur diagnostique de la *broncho-phonie* ou retentissement morbide de la voix recueillie au sommet de la poitrine, peut aider beaucoup à reconnaître l'infiltration tuberculeuse dès sa première période.

L'auscultation fournit encore l'auscultation de la *toux*, *l'auscultation des bruits du cœur au niveau des sommets des poumons*.

Viennent ensuite les signes fournis par la *percussion*, *l'acouophonie* (emploi simultané de la percussion et de l'auscultation), *la palpation*, *l'inspection et la mensuration de la poitrine*....

12. — J'ai voulu attirer votre attention sur les signes recueillis par l'auscultation du poumon et surtout sur les modifications des bruits respiratoires. C'est là le côté original et absolument personnel des recherches patientes de Fournet, recherches passées sous silence dans tous les livres classiques.

Le lendemain même du jour où elles paraissent, elles semblent être tombées dans l'oubli.

Prenez le livre classique de Barth et Roger. On n'y tient pas compte des 4 périodes de Bayle et de Fournet. On revient aux 3 degrés de la phtisie, correspondant aux tubercules crus, bronchophonie et submatité, aux tubercules ramollis,

Digitized by Google

craquements humides, souffle bronchique, et aux cavernes, respiration amphorique, souffle caverneux.

Louis et ses élèves, Grisolle et Woillez, divisent la phtisie en deux périodes. La première s'étend depuis la formation des tubercules jusqu'à leur ramollissement. La seconde depuis le ramollissement jusqu'aux cavernes.

On retrouve dans leurs descriptions les signes physiques locaux, à savoir : les respirations anormales esquissées par Andral, précisées par Fournet, ainsi que les symptômes généraux et les troubles fonctionnels de la période de début; mais leur accumulation même et leur grand nombre leur enlèvent la plus grande partie de leur valeur précise.

Il faut arriver aux belles leçons de Grancher pour voir reconstituée complètement la *phtisie occulte* de Bayle. Grancher la reconstitue anatomiquement et cliniquement, et par son étude, si neuve et si originale des respirations anormales, il en permet le diagnostic.

Nous ferons à ces travaux d'importants emprunts.

En résumé donc, aux 3 stades classiques nous substituons les 4 périodes suivantes :

1° Période de germination,
2° Période de conglomération,
3° Période de ramollissement,
4° Période des cavernes.

(A suivre).

Digitized by Google

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

Séance du 8 Mai 1903

(Suite)

Remarques sur les cautérisations intra-utérines à propos de trois observations de rigidité cicatricielle du col utérin.

Par le Dr Guérin-Valmale

I. — Mme R..., 32 ans, a déjà eu 9 avortements à la suite desquels elle fut soumise à un traitement intra-utérin pour métrite chronique ; batonnage de la cavité utérine avec un crayon de chlorure de zinc, métrite guérie. Quelques mois après, hématomètre par occlusion cicatricielle du canal cervical; ponction du col et dilatation du trajet.

Peu après, 10e grossesse ; afin d'éviter son interruption, séjour au lit durant les 9 mois.

A terme, le travail débute le 10 décembre 1899 par la rupture prématurée des membranes ; contractions énergiques durant plusieurs jours sans grand résultat ; puis, l'état s'aggravant, la sage-femme fait demander un docteur, qui réclame immédiatement l'assistance d'un accoucheur. Le docteur Guérin, appelé le 21 décembre (11 jours après la rupture de la poche des eaux), trouve la femme très affaiblie avec du subdélire, la peau sèche, le pouls à 148 et la température à 39°4. L'utérus, étroitement appliqué sur le fœtus, moule ses formes et permet de reconnaître une présentation de l'épaule droite en AIGT. Cœur fœtal silencieux; col incomplètement effacé mais béant, de deux centimètres environ, dur, rigide et absolument résistant au doigt.

Dans l'impossibilité évidente de pratiquer une version interne, on décide d'extraire le fœtus grâce à une décollation. Introduction de la main excessivement difficile. La dilatation du col ne peut être obtenue avec la main. Faute d'une instrumentation plus parfaite, on doit recourir à l'écarteur de Tarnier, manié comme divulseur.

Digitized by Google

Après 40 minutes d'efforts, la main peut pénétrer et saisir le cou, qu'on sectionne avec les ciseaux de Dubois-Pinard.

Extraction du tronc laborieuse; quant à la tête, saisie par le maxillaire, celui-ci casse ; immobilisée par un tire-balle posé sur le moignon de la colonne cervicale, on peut enfin l'extraire par une application de forceps. Délivrance artificielle, désinfection soignée, suites de couches fébriles, guérison. L'enfant, de volume moyen, avait dû succomber depuis un ou deux jours.

Dans cette observation, il s'agit d'une véritable rigidité pathologique du col par cicatrice consécutive au séjour d'un crayon de chlorure de zinc dans la cavité utérine.

Cette méthode déjà ancienne de traitement des métrites par les caustiques violents est aujourd'hui abandonnée à cause des désastres auxquels elle a souvent conduit. Ces cautérisations intensives par le chlorure de zinc fondu, le fer rouge, etc... déterminaient de larges et profondes escharres des parois utérines dont la rétraction cicatricielle amenait lentement une atrésie parfois absolue des cavités corporéale et cervicale de l'utérus. La stérilité en était la conséquence naturelle, et si, par hasard, survenait une grossesse, on assistait souvent à son interruption prématurée, ou bien l'accoucheur, lors du travail, se trouvait en présence d'accidents dystociques toujours sérieux, quelquefois insurmontables et capables de nécessiter la section césarienne. De nombreux faits de ce genre sont rapportés par Caillon [1], qui a spécialement étudié cette cause de dystocie et a bien mis en lumière ces méfaits des caustiques violents intra-utérins.

Avec les cautérisations modernes dont l'action est plus légère et plus fugace, on ne constate pas d'accidents de ce genre, et l'on est habitué dans le traitement des métrites à obtenir la *restitutio ad integrum* anatomique et physiologique, à voir dans la suite survenir des grossesses dont l'accouchement ne se signale par rien d'anormal. Je croyais même qu'il en était toujours ainsi et ne suis revenu sur cette opinion trop optimiste qu'après avoir observé deux cas de résistance cicatricielle du col à la dilatation que je ne crois imputable qu'au traitement intra-utérin antérieurement suivi. Voici en quelques lignes la relation de ces deux faits.

[1] Caillon, Des conséquences éloignées des cautérisations utérines au point de vue dystocique. *Th Lyon, 1898-99.*

Digitized by Google

II. — Mme X. 27 ans, ménagère, accouchée il y a près de deux ans de son premier enfant, subit alors pour rétention d'un cotylédon un curettage utérin avec cautérisation à la teinture d'iode créosotée suivie d'un bourrage de la cavité utérine avec un tampon de gaze iodoformée trempé dans le même liquide. Ce tampon resta 24 heures en place, puis furent faits de simples lavages intra-utérins

Un an après, nouvelle grossesse ; évolution normale. Le 30 septembre 1901, début du travail, contractions violentes et rapprochées, puis inertie secondaire. Entre temps, rupture de la poche des eaux.

Appelé le 8 octobre, le Dr Guérin trouve la parturiente brisée de fatigue ; température 38,3 ; ventre très volumineux et tendu; depuis 24 heures, vomissements porracés. Fœtus en présentation du siège complet, en SIDA, pas de bruits du cœur. Col effacé, perméable à la pulpe du doigt mais dur, coriace et très résistant.

Avec la plus grande peine, on fait la dilatation manuelle suivant le procédé de Tarnier ; l'introduction de la main est très pénible, mais une fois la résistance du col brisée il est assez facile, en écartant les doigts, de compléter la dilatation. Extraction du fœtus par le siège, assez simple, délivrance normale. Enfant du sexe masculin, mort depuis quelques heures seulement ; placenta normal.

Mère gravement infectée, malgré tous les soins, réalise une phlébite pelvienne et succombe par embolie.

III. — Mme P. 30 ans, ménagère, accouchée normalement, il y a 3 ans, d'un garçon actuellement vivant, avortée un an après à 2 mois 1/2. Il y eut rétention placentaire et infection. Curettage, cautérisations multiples de la cavité utérine à la teinture d'iode créosotée et au chlorure de zinc en solution peu concentrée. Guérison parfaite.

Après quelques mois, nouvelle grossesse ; Dans la nuit du 24 au 25 septembre 1902 (à terme), écoulement de liquide amniotique qui n'a plus cessé, et contractions douloureuses du travail ; le 7 octobre dans l'après midi, violent frisson. T. 39° 5.

Appelé à 10 heures du soir (12 jours après la rupture de la poche), le docteur Guérin trouve la parturiente affaiblie, mais très énervée, céphalée intense, température élevée, P. 120.

Fœtus en OIDT, tête mobile au détroit supérieur. Vagin large, humide, segment inférieur lisse, régulier, on ne reconnaît ni col ni orifice utérin. Il y a cependant écoulement de liquide amniotique, teinté de méconium et très odorant.

Digitized by Google

Anesthésie chloroformique par M. le docteur Dusser, toucher manuel qui permet de reconnaître presque au milieu de la calotte du segment inférieur une zone indurée, de largeur intermédiaire entre une pièce de 50 centimes et celle de 1 franc, au centre de laquelle existe un petit pertuis lenticulaire, c'est l'orifice utérin.

Le doigt ne peut pénétrer qu'en déchirant le tissu par des grattages ; après introduction de la main et son extraction poing fermé suivant la méthode de Marx, il fut facile de compléter la dilatation selon le procédé de Tarnier. Par suite de l'étroitesse de l'orifice l'œuf n'avait pu se vider complètement, et grâce au liquide restant on fait l'extraction de l'enfant par la version podalique, qui se termine à 1 heure du matin par la naissance d'un enfant mâle, de belles dimensions. En état de mort apparente, il peut être ranimé et se porte à merveille aujourd'hui.

Délivrance artificielle à cause de l'hémorragie par inertie utérine. Désinfection soignée. Suites apyrétiques, mère en parfait état.

Dans ces deux dernières observations, ce n'est pas comme dans la première une véritable rigidité du col qui a mis obstacle à l'accouchement, c'est plutôt après effacement complet une résistance du col à la dilatation.

A un moindre degré cependant, nous avons retrouvé ici les mêmes effets que dans le premier cas : c'est d'abord la rupture prématurée ou très précoce de la poche des eaux, phénomène en tout comparable à ce que Pinard a signalé dans les cas de dystocie cervicale cicatricielle après les opérations sur le col ; c'est ensuite l'épuisement de l'utérus sur l'obstacle cervical et l'inertie utérine secondaire ; c'est encore l'infection de l'œuf et la mort de l'enfant (dans un cas) ; c'est enfin l'intervention indispensable.

Ces deux cas diffèrent cependant du premier en ce que la rigidité moins complète avait permis l'effacement total du col. Il semble que le tissu cicatriciel moins abondant ait moins résisté aux efforts du muscle utérin, et d'ailleurs tandis que dans le premier cas la dilatation artificielle fut jusqu'à la fin extrêmement pénible, dans les deux autres au contraire, il n'y eut de difficulté sérieuse qu'au début, et la légère croûte cicatricielle une fois vaincue, la dilatation fut assez facile à parfaire.

Quant à la cause de cette rigidité, si elle apparaît évidente dans le premier cas, elle me semble aussi nette dans les deux autres. Chez chacune de ces deux femmes, un accouchement antérieur s'était fait

Digitized by Google

normalement, et après le traitement intra-utérin nous assistons à un accouchement dystocique dont il semble bien qu'on peut dire : *post hoc ergo propter hoc*.

Est-ce à dire que le traitement des métrites par les cautérisations légères intra-utérines soit défectueux et soit coupable de fâcheuses conséquences obstétricales ? Non ! ce n'est nullement notre avis ! On est habitué à obtenir de ce traitement les meilleurs résultats en gynécologie, et ses suites obstétricales sont en général excellentes. Mais on peut se demander si la cause des accidents ne tient pas, chez nos deux malades, à ce que les cautérisations ont été faites non sur des utérus gynécologiques, mais sur des utérus obstétricaux. Là est peut-être la raison pour laquelle les cautérisations ont eu plus d'action que d'habitude et ont provoqué la formation d'un tissu cicatriciel plus abondant qui a causé la dystocie.

Quoi qu'il en soit à cet égard, des trois faits signalés ci-dessus, il semble bon de conclure que, lorsque chez une femme ayant subi un traitement intra-utérin, le travail traîne trop en longueur malgré des contractions normales, il faut songer à la possibilité d'une résistance cicatricielle du col et intervenir de bonne heure.

En ce cas, si la poche des eaux se rompt prématurément, il faut intervenir bientôt, achever la dilatation artificiellement et extraire l'enfant. On évitera ainsi de laisser l'utérus et la femme s'épuiser, l'œuf s'infecter et l'enfant succomber.

Si la dilatation artificielle était impossible, il faudrait recourir à une intervention plus importante telle que la section césarienne, c'est ce que j'aurais fait dans le premier cas si la femme n'eût été si grandement infectée, plutôt que de m'exposer à des déchirures utérines par une dilatation instrumentale forcée et toujours brutale.

M. Puech pense que, dans les deux dernières observations du Dr Gûérin, ce n'est peut-être pas aux cautérisations qu'il faut attribuer la rigidité du col, mais bien à l'état scléreux d'un organe peut-être atteint par un processus phlegmasique ancien. Ce serait donc la maladie et non le traitement qui serait coupable.

Il croit aussi que, vu l'infection de la femme, le Dr Guérin a sagement agi en ne faisant pas la césarienne dans le premier cas, mais il croit que, plutôt que la dilatation forcée, il eût mieux valu recourir à la césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique qui est bien l'opération réservée à ces cas infectés. En somme, il y avait là une indication typique de l'opération de Porro.

Digitized by Google

M. Guérin. — Dans les deux dernières observations ce n'était pas le processus inflammatoire ancien qui pouvait être incriminé puisqu'il ne datait que de quelques jours. Dans un cas il s'agissait d'une rétention de cotylédon placentaire quelques jours après l'accouchement, dans l'autre il y avait rétention du placenta après avortement accidentel.

Dans le premier cas il ne pouvait être fait un Porro, vu le milieu où l'on se trouvait et le manque total de l'assistance nécessaire.

(*A suivre*).

VARIÉTÉS

La fièvre jaune

La commission américaine chargée d'étudier les conditions étiologiques présidant à l'apparition de la fièvre jaune, et composée de MM. Reed, Caroll et Agramonta, arrive à des conclusions renversant toutes les hypothèses faites jusqu'à ce jour, et mettant à néant la découverte, par Sanarelli, d'un bacille spécifique. Le germe amaril appartiendrait à la catégorie des microbes dits *invisibles*.

La fièvre jaune est une infection dangereuse *fermée*, au même titre que le paludisme. Comme telle, la contagion ne peut s'exercer par les vêtements, les linges, les bagages des malades, ni par les vomissements et les selles. Toute pratique de désinfection est aussi inutile que si on l'appliquait à un impaludé.

Le germe ictérique existe dans le sang des sujets malades, d'où il disparait trois jours après le début de l'affection. Il est transmis d'homme à homme par un moustique, le « culex fasciatus » qui, après avoir sucé le sang du malade, reste incapable, pendant douze jours, de transmettre la maladie, comme si l'agent pathogène subissait une phase de son évolution dans le corps de ces culex.

La lutte contre la propagation du mal se limite donc à protéger les malades contre la piqûre des moustiques, à isoler sévèrement le premier malade atteint de *vomito negro*, à désinfecter les locaux et à détruire absolument tous les moustiques.

Cette méthode a donné des résultats surprenants à Cuba.

L'Éditeur-Gérant : P. DELORD-BOEHM.

Montpellier. — Imprimerie DELORD-BOEHM ET MARTIAL.

Digitized by Google

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME XVI

(JANVIER-JUIN 1903)

DU MONTPELLIER MÉDICAL[1]

A

AGRÉGATION (La crise de l')..... .... 563, 596, 608
ALCOOL ALIMENT (L')..... ... . 297, 328
ASSOCIATION AMICALE DES ANCIENS INTERNES DES HÔPITAUX DE MONTPELLIER. — Réunion annuelle. — Banquet 548
AX-LES-THERMES, SES SOURCES MINÉRALES, SA THÉRAPEUTIQUE 225, 258, 282

B

BIBLIOGRAPHIE.— Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, par M. le professeur Dieulafoy, analyse de M. le docteur de Rouville, 12.— Consultations sur les maladies des voies urinaires à l'usage des praticiens, par M. G. de Rouville, analyse de M. le professeur Gilis, 76. — Les tics et leur traitement, par MM. Henry Meige et E. Feindel, 135. — Manuel de technique microscopique, par Böhm et Oppel, traduction de M. Et. de Rouville, 157.— Les épanchements pleuraux liquides, par M. Le Damany, 159. — Guide de thérapeutique obstétricale, par M. le Dr Puech, analyse de M. Guérin-Valmale, 190. — Maladies microbiennes, par M. le Dr Garrigue, 191. — Précis de bactériologie pratique, par J. Courmont, analyse de M. A. Rodet, 374. — Les leucocytes. Technique (hématologie-cytologie),

[1] Les chiffres **gras** renvoient aux articles originaux.

Digitized by Google

par MM. J. Courmont et V. Montagard, analyse de M. Rodet, 396. — La lutte contre le lupus vulgaire, par Niels R. Finsen, 398. — Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, 398. — L'élongation trophique, par le Dr A. Chipault, 424. — Petite chirurgie pratique, par MM. Tuffier et Desfosses 504

C

CANCER DU RECTUM..... 49
CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE. — Traitement de l'hyposystolie arythmique liée à l'insuffisance mitrale..... 572
COL UTÉRIN (Dilatation manuelle du)..... .... 401, 430

D

DIAGNOSTIQUES (Indications) tirées de la coloration du liquide céphalo-rachidien 25

E

ECLAMPSIE (Continuation de la grossesse après les accès d'), 345, 377
EPANCHEMENTS PLEURAUX (Diagnostic pathogénique des).. 105, 142
EPITHÉLIOMA CLAVELEUX DU POUMON. EPITHÉLIOMAS PARASITAIRES ET MALADIES BRYOCYTIQUES 577

F

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Conférences aux étudiants candidats à l'Ecole du service de santé militaire (1902-1903), 272. — Projet de règlement de l'agrégation des Facultés de médecine..... 316
FISTULES URÉTHRO-RECTALES 81, 114
FRACTURE DE L'ASTRAGALE.. 137
FRACTURES DE LA TRACHÉE..... 553, 580, 611

G

GOURMANDISE (De la) au point de vue physiologique..... 354, 386
GRENOUILLETTE COMMUNE (Pathogénie de la)..... 161

Digitized by Google

GROSSESSE TUBO-UTÉRINE INTESTITIELLE. AVORTEMENT TUBO-UTÉRIN..... 425

H

HÔPITAL FRANÇAIS (L') de Saint-Pétersbourg et l'influence de la France en Russie..... 249
HYGIÈNE (Leçon d'ouverture du cours d') 449, 479, 505, 534

I

INSTITUT BOUISSON-BERTRAND. — Rapport de la cinquième année d'exercice (1901-1902)..... 321

L

LUTTE ANTITUBERCULEUSE (La)..... 217

M

MOIS CHIRURGIGAL (Le)..... 171, 290, 411, 513, 622
MOIS MÉDICAL (Le)..... 235, 362, 491, 636

N

NOUVELLES.... 48, 78, 104, 136, 160, 215, 248, 296, 320, 398, 448, 472, 503, 527, 552, 599, 624, 648

O

OCULISTIQUE (Les bains de mer en)..... 473

P

PEMPHIGUS CONTAGIEUX DES NOUVEAU-NÉS..... 529

S

SÉRO-DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE..... 1, 92, 127, 164, 198, 221

Digitized by Google

Société des Sciences médicales. — *Séance du 5 décembre* 1902. — Communication d'un appareil enregistreur des claudications, 10. — *Séance du 12 décembre.* — Les organes chromaffines, 40. — Deux observations de fractures dites de Boyer, 42.— Tuberculose rénale latente chez un syphilitique mort d'hémorragie cérébrale, 45. — Variole et grossesse, 60. — *Séance du 19 décembre.* — Un cas d'hémiatrophie faciale progressive, 66. — Volumineuse hydrocéphalie, 70. — *Séance du 9 janvier* 1903. — Considérations sur le mode de fonctionnement des muscles antagonistes, 98. — Sinusite frontale ouverte à l'angle supéro-externe de l'orbite, 99. — *Séance du 16 janvier.* — Méningite cliniquement tuberculeuse, cytologiquement polynucléaire, bactériologiquement méningococcique, 133.— De la valeur d'un excès d'urobilinurie dans le diagnostic de la mort du fœtus *in utero*, 154.— *Séance du 23 janvier.* — De l'association du cacodylate de soude au mercure et à l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis, 177. — Un cas atypique d'autointoxication de la grossesse, 180. — Fracture de la trachée par cause indirecte, 183. — Une observation de botryomycose, 185.— *Séance du 30 janvier.*— Sur l'agent pathogène de la botryomycose, 206. — Kyste de la petite lèvre à épithélium cylindrique, 208. — Tumeur du sein kystique à contenu puriforme, 209. — A propos de deux cas d'hémorragie tardive du postpartum par rétentio d'un cotylédon et par fibrome sous-muqueux, 212. — *Séance du 6 février.* — Présentation de pièces de deux cancers viscéraux, 238. Présentation de malade, 243. — Mastite gommeuse du sein gauche, 244. — Deux cas de tétanos traités par l'injection intra-rachidienne de sérum antitétanique 265. — *Séance du 13 février.*— Sur la recherche du bacille de Koch par le procédé de Jousset, 268. — Un incident d'anesthésie, 293. — Paralysie faciale par toxémie gravidique sans albuminurie. Eclampsie à 8 mois. Naissance à terme d'un enfant vivant, 293. — *Séance du 20 février.* — Un cas de perforation double de la voûte palatine avec présenta-

Digitized by Google

tion d'obturateur, 310. — Des larges fistules vésico-vaginales consécutives à la symphyséotomie, 313. — *Séance du 27 février.* — La réparation de la symphyse pubienne et les lésions de l'appareil urinaire après la symphyséotomie, 339. — Un cas atypique de gangrène des extrémités avec sclérodermie, 341. — *Séance du 6 mars.* — Hernie étranglée chez un enfant de quinze jours (pincement latéral), 365. – Splénomégalie chronique avec leucémie et séro-diagnostic d'Arloing positif, 367. — *Séance du 13 mars.* — Splénomégalie chronique avec leucémie et séro-diagnostic d'Arloing positif, 392. — Sur l'existence possible, d'après un cas de M. le professeur Forgue, d'une lymphadénie splénique tuberculeuse à forme leucémique. Quelques réflexions sur le traitement des leucémies, 413. — *Séance du 20 mars.* — Un cas d'appendicite avec cavité close, 420. — Céphalématome du temporal, 421. -- Céphalématome double pariétal, 444. — L'état des fonctions rénales dans l'hémoglobinurie essentielle paroxystique, 459. — *Séance du 27 mars.* Sur la cryoscopie, 463. — Sur la détermination de la molécule élaborée moyenne, 465. — Sur l'emploi de la radiographie en chirurgie dentaire, 494. — *Séance du 3 avril.* — Symphyséotomie pour rétrécissement du bassin. Succès complet, 516. — Présentation de malade, 519. — Note sur l'hystérectomie abdominale appliquée aux tumeurs solides de l'ovaire, 520. — Kyste dermoïde du scrotum fistulisé, 524. — Abcès froid mammaire d'origine sous-pleurale, 544. — *Séance du 24 avril.* — L'hérédité dans la maladie de Friedreich, 566. — Infection puerpérale putride, guérie par les injections d'eau oxygénée, 570. — Recherches sur le rôle physiologique des auricules du cœur, 589. — Avortement gémellaire à deux mois, 595. — *Séance du 1er mai.* — A propos de la communication de M. de Surel sur le rôle physiologique des auricules du cœur, 640. — Désarticulation interscapulo-thoracique pour ostéo-sarcome huméral. Guérison, 641. — Orchite ourlienne sans parotidite, 641. — *Séance du 8 mai.* — Abcès du rein au cours d'une

Digitized by Google

grossesse. Néphrotomie. Guérison, 643.— Remarques sur les cautérisations intra-utérines à propos de trois observations de rigidité cicatricielle du col utérin, 667.
SYNDICAT MÉDICAL DE L'HÉRAULT. — Assemblée générale du 28 décembre.... 193
SYPHILIDE SERPIGINEUSE GÉANTE EN CERCLES CONCENTRIQUES.... 649

T

THÉRAPEUTIQUE..... 77, 187, 471, 504
TUBERCULOSE (Etudes pratiques et générales sur la)..... 625, 654
TUMEUR SACRO-COCCYGIENNE CHEZ UN NOUVEAU-NÉ (inclusion fœtale). 601

V

VARIÉTÉS.— La mort du baiser, 73.— Thèses du temps jadis, 188. — Lois italiennes contre le paludisme, 319. — La nouvelle loi sur l'alcoolisme en Angleterre, 319. — IIIe Congrès international de Thalassothérapie de Biarritz, 344. — La guerre aux charlatans, 396. — Annonces du *Munchener medizinische Wochenschrift*, 447. — Femme médecin en Russie, 469.— Une anguille vivante dans un estomac, 470. — Lettre du Congrès de Madrid, 501. — La lutte contre l'alcoolisme, 525.— Ce que nous mangeons, 574.— La fièvre jaune..... 672
XANTHÉLASMA (Traitement du) des paupières par l'électrolyse. 273

Digitized by Google

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

Pages

A

Abadie. 171, 290, 411, 513, 622
Ardin-Delteil (P.). **25, 105, 142,** 235, 362, 491, 636,
Auphan (V.). **225, 258, 282**

B

Bertin-Sans. 449, 479, 505,534
Bosc (F.-J.). **577**
Bosc **273**
Bouchet (G.). **225, 258, 282**
Brousse (A.). 187, **649**
Bruc. **649**

F

Forgue. **49**
Fuster (L.). **249**

G

Gagnière. **137**
Galavielle. **137**
Gaussel (A.). **553, 580, 611**
Gaussel-Ziegelmann (Mme). **345, 377**
Gitis. 76
Guérin-Valmale. **401, 430**

H

Hédon (H). **297, 328**
Héran. 193

I

Imbert (L.). 77, 161, 501 596

Pages

J

Jeanbrau. 161

L

Lagriffoul. 1, 92, 127, 164,198, 221
Lapeyre (de Béziers). **425**

M

Miquel (de Béziers). **425**

P

Pagès. 10, 40. 60, 98, 133, 154, 177, 206, 238, 265, 293, 310, 339, 365, 392, 413, 444, 459, 494, 516, 544, 566, 589, 640, 643, 667
Poujol. **354**, 386

R

Rodet. **321**, 396
Rouville (de). 12

T

Tédenat. **81**, 114
Truc. 473

V

Vallois. **529**, 601
Villard. 273
Vires. 572, **625**, 654

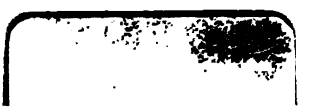
Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

HIC11824



Digitized by Google

3 2044 103 095 378

Digitized by Google